

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 7 mars 2019

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
Mme Röthenbacher et M. Métral, juges

Greffière : Mme Raetz

Cause pendante entre :

X._____, à [...], recourant, représenté par Me Guy Longchamp, avocat à Assens,

et

S._____, à [...], intimée.

Art. 67 et 71 LAMal.

E n f a i t :

A. X._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1960, a été engagé le 1^{er} avril 2014 en qualité de vitrier auprès de la société C._____. Par le biais d'un contrat collectif conclu par son employeur, il bénéficiait d'une assurance perte de gain maladie auprès de S._____ (ci-après : S._____ ou l'intimée).

Par lettre du 30 mars 2015, remise en main propre à l'assuré, la C._____ lui a signifié la résiliation des rapports de travail pour le 31 mars 2015. Le lendemain, l'employeur a indiqué à l'intéressé lors d'un entretien qu'il s'agissait en réalité d'un licenciement ordinaire pour le 30 avril 2015 (cf. p. 34 du jugement rendu le 16 novembre 2016 par le Tribunal de prud'hommes de l'arrondissement [...]).

Le 17 avril 2015, la C._____ a complété une déclaration d'incapacité de travail maladie à l'attention de S._____. Elle a indiqué que l'assuré avait été licencié le 31 mars 2015 pour le 30 avril 2015 et que son incapacité de travail avait débuté le 1^{er} avril 2015, soit après le jour du licenciement. S._____ a versé des indemnités journalières complètes.

Le 20 avril 2015, la C._____ a faxé à S._____ deux certificats médicaux établis les 1^{er} et 9 avril 2015 par le Dr L._____, médecin généraliste traitant de l'assuré, attestant une incapacité de travail du 1^{er} au 10 avril 2015, puis du 11 au 24 avril 2015 pour raison de maladie.

Par courrier du 24 avril 2015 à la C._____, l'assuré a affirmé que même si son incapacité de travail était intervenue au lendemain de la notification de son licenciement, elle n'avait aucun rapport avec celui-ci, mais était liée à un mal de dos survenu lors d'un accident de travail le 30 mars 2015.

Dans un rapport du 11 mai 2015 à S._____, le Dr L._____ a posé les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail d'épisode dépressif avec trouble de l'adaptation existant depuis le 22 avril 2015 et de dorso-lombalgies sur trouble statique de la colonne vertébrale depuis le 30 mars 2015. L'incapacité de travail était de 100 % dans l'activité habituelle du 1^{er} avril au 31 mai 2015. Il était trop tôt pour se prononcer sur une date de reprise totale.

Par certificats médicaux successifs, le Dr L._____ a attesté une incapacité de travail de 100 % du 1^{er} au 30 juin 2015.

Dans un rapport du 8 juin 2015 à S._____, le Dr H._____, psychiatre traitant, a retenu le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques existant depuis le début du mois d'avril 2015. L'incapacité de travail était totale à compter du 1^{er} avril 2015.

Le 23 juillet 2015, le Dr W._____, médecin-conseil auprès de S._____, a indiqué que l'incapacité de travail de l'assuré était justifiée à 100 % jusqu'au 31 août 2015. Il était principalement en arrêt de travail en raison de son licenciement, qui l'avait profondément marqué et qui avait entraîné un suivi psychiatrique.

Le 15 septembre 2015, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI), en faisant état d'une incapacité totale de travail depuis le 1^{er} avril 2015.

Dans un rapport du 14 octobre 2015 à S._____, le Dr L._____ a attesté une incapacité totale de travail du 1^{er} avril au 30 novembre 2015 et a précisé qu'il n'était pas certain que son patient puisse récupérer prochainement une capacité de travail, même partielle, compte tenu de son état psychiatrique.

Le Dr H._____ a retenu, le 20 octobre 2015, une incapacité totale de travail du 1^{er} avril au 31 octobre 2015, à réévaluer dans six mois.

S._____ a mis en œuvre une expertise psychiatrique. Dans un rapport du 15 décembre 2015 et un complément du 11 février 2016 le Dr P._____, psychiatre, a posé le diagnostic de trouble de l'adaptation, réaction mixte, anxieuse et dépressive. Il a constaté qu'au jour de l'expertise, soit le 19 novembre 2015, il n'y avait plus d'incapacité de travail.

Par décision du 17 février 2016, S._____ a mis un terme au versement des indemnités journalières au 21 février 2016, en expliquant que selon les pièces médicales, l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail dès le 19 novembre 2015.

Par courrier du 2 mars 2016, la C._____ a communiqué à l'assuré qu'au vu de la fin du versement des indemnités journalières au 21 février 2016 et du fait qu'il n'avait pas été libéré de son obligation de travailler durant le délai de congé, il devait se présenter à son poste dès le 22 février 2016, ce qu'il n'avait pas fait. Elle a informé de la fin des rapports de travail au 31 mars 2016.

Les 19 mars et 25 avril 2016, l'assuré, alors représenté par Me Regina Andrade Ortuna, s'est opposé à la décision du 17 février 2016 de S._____, en faisant en substance valoir qu'il présentait une incapacité totale de travail, telle qu'attestée par ses médecins traitants. Il a demandé la poursuite du versement des indemnités journalières.

Le 25 avril 2016, le Dr H._____ a critiqué l'expertise du Dr P._____ et considéré que son patient ne pouvait pas reprendre le travail.

Par courrier recommandé du 12 mai 2016, S._____ a annoncé à l'assuré qu'elle avait été informée de la cessation de son activité auprès de la C._____. Dès cet instant, il ne bénéficiait plus de la couverture d'assurance d'indemnités journalières. Elle a indiqué qu'elle lui donnait la possibilité de maintenir son affiliation en qualité de membre individuel, avec les mêmes prestations accordées jusqu'à ce jour, sans

nouvelle réserve. Si l'offre l'intéressait, il devait retourner la proposition d'assurance annexée dûment complétée au moyen de l'enveloppe-réponse jointe. Sans réponse de sa part d'ici au 30 juin 2016, la proposition serait considérée comme nulle et S. _____ enregistrerait sa démission au sein de l'assurance à la fin de ses rapports de travail avec son ancien employeur. Par la suite, S. _____ a fait parvenir à Me Andrade Ortuna une copie du courrier du 12 mai 2016 et de ses annexes (cf. lettre du 26 mai 2016).

Par lettre du 13 mai 2016, S. _____ a convoqué l'assuré à une expertise médicale le 28 juin 2016, dans le but de déterminer avec précision son droit à l'indemnité journalière perte de gain.

Le 28 juin 2016, l'assuré a été examiné par le Dr N. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, lequel a rendu son rapport d'expertise le 25 juillet 2016. Il a conclu à une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle de vitrier, au jour de l'examen, en raison du status lombaire. La capacité demeurait entière dans un emploi adapté.

Le 26 juillet 2016, après s'être à nouveau entretenu avec l'assuré le 22 juin 2016, le Dr P. _____ a confirmé les conclusions relatives à la capacité de travail qu'il avait retenues dans son rapport d'expertise.

Par décision sur opposition du 22 décembre 2016, S. _____ a indiqué à l'assuré qu'au vu des pièces médicales au dossier, elle aurait accepté de reprendre le paiement des indemnités journalières au-delà du 21 février 2016, et ce jusqu'à la date d'épuisement des prestations prévues, soit au 30 mars 2017. Cependant, l'offre de libre-passage dans l'assurance individuelle était restée sans suite. Ainsi, en l'absence de couverture de l'indemnité journalière après le 31 mars 2016, les prestations précitées pourraient être accordées uniquement jusqu'à cette dernière date.

B. Par acte du 3 février 2017, X._____, désormais représenté par Me Guy Longchamp, a recouru contre cette décision sur opposition auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à sa réforme en ce sens que S._____ doit lui verser les indemnités journalières dues du 1^{er} avril 2016 au 30 mars 2017, plus intérêt à 5 %. Subsidiairement, il a requis la suspension de la cause jusqu'à droit connu sur la procédure en cours en droit du travail. Il a fait valoir qu'il présentait une incapacité de travail depuis le 30 mars 2015 et qu'il avait été licencié le jour-même. Selon la convention collective de travail du second-œuvre romand (ci-après : CCT-SOR), la résiliation d'un contrat de travail était exclue aussi longtemps que le travailleur avait droit à des indemnités journalières de l'assurance-maladie. La résiliation était dès lors nulle. Tant qu'il était en incapacité de travail, le licenciement n'était pas possible, de sorte qu'il restait dans le collectif des assurés auprès de S._____. Dans l'hypothèse où la Cour devait retenir que le congé serait valable, il y aurait lieu d'admettre qu'il avait demandé son passage dans l'assurance individuelle, puisqu'il avait contesté la décision mettant un terme aux prestations au 21 février 2016. Selon la doctrine et la jurisprudence, le fait de demander des prestations devait pouvoir être considéré, tacitement à tout le moins, comme une demande de passage dans l'assurance individuelle. Par ailleurs, l'assureur n'avait pas attiré son attention sur le fait qu'il n'avait pas demandé son passage dans l'assurance individuelle. L'attitude de S._____ paraissait contraire à la bonne foi. Le recourant a également contesté le délai fixé par l'intimée pour se déterminer s'agissant du passage dans l'assurance individuelle, lequel était inférieur au délai de trois mois prévu par la loi. Enfin, il a précisé qu'il avait contesté le premier licenciement et avait obtenu partiellement gain de cause. Il avait renoncé à contester le deuxième congé, en estimant qu'en s'opposant à la décision de S._____, il préservait ses droits. En annexe, il a joint le dispositif d'un jugement rendu le 16 novembre 2016 par le Tribunal de prud'hommes de l'arrondissement [...], admettant partiellement la demande formée par l'assuré et condamnant la C._____ à lui verser les montants de 2'758 fr. 80 et 11'200 fr., plus intérêts à 5 % l'an dès le 27 novembre 2015.

A la demande de la juge en charge de l'instruction, l'intimée a indiqué, le 16 mars 2017, que les indemnités journalières versées en faveur du recourant relevaient de la LAMal (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 832.10).

Par décision du 23 mars 2017, la juge en charge de l'instruction a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 3 février 2017, soit l'exonération d'avances et des frais judiciaires, ainsi que l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Guy Longchamp. Le recourant a par ailleurs été astreint à verser une franchise mensuelle de 100 fr. à compter du 1^{er} mai 2017.

Dans sa réponse du 21 juillet 2017, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle a soutenu que la couverture d'assurance s'éteignait lors de la cessation des rapports de travail et que si l'incapacité de travail perdurait au-delà de cette date, des prestations ne devaient être fournies que si le travailleur concerné passait dans l'assurance individuelle. En l'occurrence, le recourant se trouvait en incapacité de travail à compter du 1^{er} avril 2015, soit au lendemain de son licenciement. La résiliation était valable. Cependant, l'incapacité de travail avait suspendu durant trente jours le délai de résiliation d'un mois, selon la CCT-SOR. L'employeur n'avait pas fait usage de cette possibilité et le recourant avait pu bénéficier d'indemnités journalières jusqu'au 21 février 2016, conformément à la décision du 17 février 2016. Le 2 mars 2016, l'employeur avait signifié au recourant la fin des rapports de travail au 31 mars 2016, dès lors qu'il ne s'était pas présenté à son poste le 22 février 2016, alors qu'il disposait d'une pleine capacité de travail. Il ne s'agissait pas d'une nouvelle résiliation, mais d'un avis de fin des rapports de travail. Le contrat de travail du recourant avait ainsi pris fin le 31 mars 2016 et il ne faisait donc plus partie du cercle des assurés de l'assurance collective après cette date. Il avait été informé, de même que son conseil de l'époque, de la cessation de la couverture d'assurance collective au 31 mars 2016 et de la possibilité de maintenir une affiliation en tant que membre individuel. Il n'avait toutefois pas donné suite à l'offre de passage

en assurance individuelle. La couverture d'assurance d'indemnité journalière s'était dès lors éteinte au 31 mars 2016.

Dans sa réplique du 1^{er} décembre 2017, le recourant a allégué que les congés donnés les 31 mars 2015 et 2 mars 2016 étaient nuls, vu qu'il présentait une incapacité totale de travail. Celle-ci s'était terminée à la fin du mois de juin 2017. Il avait ainsi droit aux prestations de perte de gain maladie durant toute la durée prévue par le contrat d'assurance, soit jusqu'au 30 mars 2017. Il a soutenu que l'intimée n'avait pas rempli son devoir d'information relatif au passage dans l'assurance individuelle. En effet, d'une part, dans son courrier du 12 mai 2016, elle n'avait pas respecté le délai de trois mois prévu par la loi et d'autre part, sa lettre du 13 mai 2016 l'invitant à se présenter à une expertise - sans qu'il ne soit précisé que l'octroi de prestations dépendait d'un passage dans l'assurance individuelle - était contradictoire avec le courrier précité. En annexe, il a notamment produit un certificat médical non daté établi par le Dr V._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, attestant une incapacité totale de travail du 1^{er} avril 2015 au 30 juin 2017 pour des raisons de maladie.

Par duplique du 26 mars 2018, l'intimée a maintenu sa position.

Le 1^{er} octobre 2018, à la demande de la juge en charge de l'instruction, le recourant a transmis le jugement rendu par le Tribunal de prud'hommes, devenu définitif et exécutoire le 9 mars 2017. Il condamnait la C._____ à payer à l'assuré des vacances et des heures supplémentaires effectuées en 2014, ainsi qu'une indemnité de deux mois de salaire pour licenciement abusif. Il considérait que le licenciement devait être qualifié d'abusif parce que le recourant avait été congédié en raison de problèmes de santé et d'une incapacité de travail entraînés par une blessure au pouce le 10 novembre 2014, et qu'il avait été licencié pour le lendemain. L'assuré avait repris son travail à la mi-janvier 2015 et n'avait pas été absent un seul jour jusqu'à la fin du mois de mars 2015. L'employeur avait licencié l'assuré le 30 mars 2015 pour le jour suivant -

dans un premier temps -, après avoir appris que son médecin avait prescrit des séances d'ergothérapie.

Par déterminations du 24 octobre 2018, l'intimée a relevé que selon le jugement précité, au moment de la réception de la lettre de licenciement, le recourant ne se trouvait pas en incapacité de travail. Elle a maintenu sa position.

Le 18 janvier 2019, le recourant a répété que les congés signifiés par l'employeur étaient nuls en raison de son incapacité de travail, et que l'intimée avait reconnu dans sa décision sur opposition qu'il était en incapacité de travail du 21 février 2016 au 30 mars 2017. Il faisait dès lors toujours partie du cercle des assurés de l'assurance collective d'indemnités journalières et avait droit à des indemnités journalières jusqu'en mars 2017.

Le 6 février 2019, Me Longchamp a transmis la liste de ses opérations.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-maladie (art. 1 al. 1 LAMal [loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 832.10]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les

autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le point de savoir si le recourant était encore couvert par un contrat d'assurance - qu'il soit collectif ou individuel - auprès de l'intimée après le 31 mars 2016 et, si tel est le cas, s'il a droit au versement d'indemnités journalières entre le 1^{er} avril 2016 et le 30 mars 2017.

3. a) Selon l'art. 67 al. 1 LAMal, toute personne qui est domiciliée en Suisse ou y exerce une activité lucrative et qui est âgée de quinze ans au moins mais n'a pas atteint l'âge de 65 ans peut conclure une assurance d'indemnités journalières avec un assureur au sens des art. 2 al. 1 ou 3 LSAMal (loi fédérale du 26 septembre 2014 sur la surveillance de l'assurance-maladie ; RS 832.12). L'assurance d'indemnités journalières peut être conclue sous la forme d'une assurance collective, notamment par des employeurs, pour leurs travailleurs ou pour eux-mêmes (art. 67 al. 3 let. a LAMal).

L'assureur convient avec le preneur d'assurance du montant des indemnités journalières assurées (art. 72 al. 1, 1^{ère} phrase, LAMal). Le droit aux indemnités journalières prend naissance lorsque l'assuré a une capacité de travail réduite au moins de moitié (al. 2). Les indemnités journalières doivent être versées, pour une ou plusieurs maladies, durant au moins 720 jours dans une période de 900 jours (al. 3, 1^{ère} phrase).

En vertu de l'art. 71 LAMal, lorsqu'un assuré sort de l'assurance collective parce qu'il cesse d'appartenir au cercle des assurés défini par le contrat ou parce que le contrat est résilié, il a le droit de passer dans l'assurance individuelle de l'assureur. Si, dans l'assurance individuelle, l'assuré ne s'assure pas pour des prestations plus élevées, de nouvelles réserves ne peuvent être instituées ; l'âge d'entrée déterminant dans le contrat collectif est maintenu (al. 1). L'assureur doit faire en sorte que l'assuré soit renseigné par écrit sur son droit de passage dans l'assurance individuelle. S'il omet de le faire, l'assuré reste dans

l'assurance collective. L'assuré doit faire valoir son droit de passage dans les trois mois qui suivent la réception de la communication (al. 2).

b) Selon la jurisprudence, lorsque les conditions de l'assurance collective d'indemnités journalières selon les art. 67 ss LAMal prévoient que la couverture d'assurance s'éteint lors de la cessation des rapports de travail et que l'incapacité de travail perdure au-delà de cette date, des prestations ne doivent être fournies que si et tant que le travailleur concerné reste, par son passage dans l'assurance individuelle, membre de la caisse-maladie. En effet, le droit aux prestations d'un assureur-maladie est lié à l'affiliation ; à l'extinction du rapport d'assurance, le droit aux prestations n'est plus donné et il est mis fin à celles éventuellement en cours. C'est pourquoi l'art. 71 LAMal prévoit que lorsqu'un assuré sort de l'assurance collective parce qu'il cesse d'appartenir au cercle des assurés défini par le contrat ou parce que le contrat est résilié, il a le droit de passer dans l'assurance individuelle de l'assureur (« libre passage » ; ATF 127 III 106 consid. 3a et les références citées ; TFA K 106/06 du 22 décembre 2006 consid. 3.3 ; cf. également Rémy Wyler/Boris Heinzer, Droit du travail, 3^e éd., Berne 2014, p. 257 ss).

Les conditions générales de l'assurance collective d'une indemnité journalière selon la LAMal de S._____, applicables au cas d'espèce, prévoient à l'art. 11 al. 2 let. a que sous réserve du droit au libre passage des lettres a, b et i, la couverture d'assurance ainsi que le droit aux prestations cessent pour chaque assuré notamment lorsque l'assuré cesse d'appartenir au cercle des assurés.

4. En l'espèce, le recourant a été assuré contre la perte de gain maladie par l'assurance collective d'indemnités journalières conclue par son employeur. L'intimée se prévaut de la résiliation des rapports de travail par la C._____ pour refuser à l'assuré le droit à des prestations postérieurement au 31 mars 2016. Le recourant soutient que cette résiliation est nulle. Il convient ainsi tout d'abord d'en examiner la validité.

a) Les rapports de travail liant l'assuré à la C._____ étaient régis tant par le contrat de travail que par les dispositions de la convention collective de travail du second-œuvre romand (CCT-SOR), ce qui n'est pas contesté.

L'art. 10 al. 1 let. b CCT-SOR prévoit qu'après le temps d'essai, la résiliation d'un contrat individuel de travail est exclue aussi longtemps que le travailleur a droit à des indemnités journalières complètes de l'assurance accidents obligatoire ou de l'assurance maladie. Le congé donné pendant cette période est nul ; s'il a été donné avant cette période et que le délai de congé n'a pas expiré avant cette période, ce délai est suspendu et ne continue à courir qu'après un délai de trente jours au cours de la première année de service (art. 10 al. 2 CCT-SOR).

b) En l'occurrence, contrairement à ce qu'allègue le recourant, il n'a pas été en incapacité de travail, et ne bénéficiait pas d'indemnités journalières complètes, lorsque son employeur a résilié son contrat de travail, le 30, voire le 31 mars 2015.

En effet, il ressort de nombreuses pièces au dossier que le début de son incapacité de travail remonte au 1^{er} avril 2015 seulement. En particulier, la déclaration d'incapacité de travail complétée par la C._____ fait état d'une incapacité ayant commencé à cette date. Le certificat médical établi le 1^{er} avril 2015 par le Dr L._____ atteste également une telle incapacité à compter de ce jour. Certes, dans son rapport du 11 mai 2015, ce médecin évoque des troubles statiques de la colonne vertébrale existant depuis le 30 mars 2015. Toutefois, il n'indique pas que l'incapacité a débuté à ce moment. Au contraire, il retient dans ce même rapport une incapacité totale de travail dès le 1^{er} avril 2015, ce qu'il a répété dans son rapport du 14 octobre 2015. Le Dr H._____ atteste lui aussi une incapacité de travail à partir du 1^{er} avril 2015, en précisant que son patient est principalement en arrêt de travail en raison de son licenciement, ce qui l'a profondément marqué au plan psychique (cf. rapports des 8 juin et 20 octobre 2015). En outre, le recourant lui-même, dans le courrier qu'il a adressé le 24 avril 2015 à la C._____,

affirme que son incapacité de travail est intervenue au lendemain de la notification de son licenciement. Dans sa demande de prestations à l'OAI, il mentionne également que son incapacité remonte au 1^{er} avril 2015. L'assuré ne peut pas se prévaloir du rapport d'expertise du Dr N._____, puisque même si celui-ci conclut à une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle, il précise que son appréciation est valable dès le jour où il a examiné l'assuré, soit en juin 2016. Il ressort également du jugement rendu le 16 novembre 2016 par le Tribunal de prud'hommes qu'à la suite de la reprise de son emploi à la mi-janvier 2015, l'assuré n'avait pas été absent un seul jour jusqu'à son licenciement à la fin du mois de mars 2015, et qu'il n'était pas en incapacité de travail à ce moment. Enfin, en mars 2015, S._____ n'avait pas encore versé d'indemnités journalières.

Au vu de ce qui précède, c'est la date du 1^{er} avril 2015 qui doit être retenue comme le début de l'incapacité de travail du recourant, et donc de son droit aux indemnités journalières, sous réserve d'un délai de carence prévu par le contrat d'assurance. La résiliation des rapports de travail, donnée avant cette date, ne peut ainsi être considérée comme nulle. Au demeurant, le Tribunal de prud'hommes a retenu que le licenciement était abusif car il avait été donné en raison d'une incapacité de travail - qui s'était toutefois terminée en janvier 2015 - et, dans un premier temps, pour le jour suivant. Une résiliation abusive demeure cependant valable, la seule sanction étant le paiement d'une indemnité par la partie qui a résilié abusivement le contrat (Wyler/Heinzer, op. cit., p. 659).

Le lendemain du licenciement, l'employeur a informé le recourant qu'il s'agissait en réalité d'un licenciement ordinaire pour le 30 avril 2015, soit avec un délai de congé d'un mois, pour la fin d'un mois, tel que prévu par la CCT-SOR.

Dans la mesure où l'assuré était en incapacité de travail dès le 1^{er} avril 2015, le délai de congé d'un mois a été suspendu. En effet, selon l'art. 10 al. 2 CCT-SOR, ce délai est suspendu et ne continue à courir

qu'après un délai de trente jours pendant la première année de service. L'employeur n'a toutefois pas annoncé au recourant la fin des rapports de travail au 31 mai 2015, comme il en aurait eu le droit. C'est seulement lorsqu'il a reçu la décision du 17 février 2016 de l'intimée, mettant un terme aux prestations au 21 février 2016 en raison d'une pleine capacité de travail recouvrée, qu'il a informé l'assuré de la fin du contrat de travail au 31 mars 2016 (cf. courrier du 2 mars 2016). Cette lettre n'est pas un nouveau licenciement, mais un avis de fin des rapports de travail. Ceux-ci ont ainsi valablement cessé à cette date.

5. Dès lors que le recourant n'était plus un employé de la C._____ après le 31 mars 2016, il ne faisait plus partie du cercle des assurés auprès de l'intimée au-delà de cette date. Dans ces circonstances, les conditions générales de S._____ prévoient que la couverture d'assurance et le droit aux prestations cessent, sous réserve du droit au libre passage (art. 11 al. 2 let. a).

La jurisprudence a expressément relevé que dans le régime de l'assurance collective d'indemnités journalières maladie, tel qu'en l'espèce, le droit aux prestations d'un assureur-maladie était lié à l'affiliation, et que ce droit n'était plus donné à l'extinction du rapport d'assurance. Si, comme en l'occurrence, les conditions générales prévoient que la couverture d'assurance s'éteint lors de la cessation des rapports de travail et que l'incapacité de travail perdure au-delà de cette date, des prestations ne doivent être fournies que si le travailleur concerné reste, par son passage dans l'assurance individuelle, membre de la caisse-maladie (cf. consid. 3b supra).

6. Il convient dès lors d'examiner si le recourant est passé dans l'assurance individuelle perte de gain maladie de S._____.

L'assuré soutient qu'en contestant la décision du 17 février 2016 de l'intimée, par laquelle elle a mis un terme au versement des indemnités journalières, il avait demandé des prestations, ce qui devait être considéré comme une demande de passage dans l'assurance

individuelle. Toutefois, la doctrine et la jurisprudence qu'il cite à cet effet ne lui sont d'aucune utilité. En effet, dite doctrine retient que l'assureur doit informer par écrit l'intéressé sur son droit de passage dans l'assurance individuelle, à défaut de quoi celui-ci demeure assuré. Elle indique aussi qu'une demande de passage dans dite assurance peut se faire de manière informelle, si la forme écrite n'a pas été convenue (Gebhard Eugster, Krankenversicherung, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 3^e éd., Bâle 2016, n^{os} 1491 s p. 850 s). L'ATF 101 V 141 auquel se réfère le recourant concerne une omission par l'assureur de renseigner l'intéressé sur son droit de passage dans l'assurance individuelle, ce qui constitue une faute selon le Tribunal fédéral. Dans cet arrêt, la Haute Cour a retenu que même si les formalités de transfert n'avaient pas été accomplies par les parties, il y avait un accord tacite à ce que l'intéressé soit assuré à titre individuel. Or, en l'espèce, on ne se trouve pas dans le cas de figure d'un défaut d'information, comme dans la doctrine et la jurisprudence mentionnées par le recourant. En effet, par son courrier recommandé du 12 mai 2016, l'intimée lui a expressément communiqué qu'elle avait appris la cessation de son activité auprès de la C._____ et qu'il ne bénéficiait plus, dès cet instant, de la couverture d'assurance d'indemnités journalières. Elle lui a expliqué qu'il avait la possibilité de maintenir son affiliation en qualité de membre individuel et avait joint à cet effet une offre d'assurance, qu'il devait lui renvoyer au 30 juin 2016 en cas d'intérêt. Elle a également précisé que s'il ne retournait pas cette proposition, elle serait considérée comme nulle et que sa démission au sein de l'assurance serait enregistrée à la fin des rapports de travail avec la C._____. Ce courrier a également été envoyé par la suite à Me Andrade Ortuno, qui représentait alors le recourant (cf. courrier du 26 mai 2016).

Ainsi, même si le recourant a contesté la décision du 17 février 2016, par courrier du 19 mars 2016, complété le 25 avril 2016, l'intimée l'a informé par la suite, par lettre du 12 mai 2016, de son droit au passage dans l'assurance individuelle et des démarches à accomplir pour ce faire. Cependant, ni l'intéressé, ni son conseil de l'époque n'ont réagi à cette lettre, de sorte que l'on ne peut pas considérer qu'il aurait demandé,

même tacitement, son passage dans l'assurance-individuelle. Dès lors que l'intéressé n'a jamais donné suite à ce courrier, il n'y a pas lieu de discuter de la légalité du délai de réponse fixé par l'intimée au 30 juin 2016 au regard du délai de trois mois prévu par l'art. 71 al. 2 LAMal.

Le recourant bénéficiait ainsi d'une couverture d'assurance d'indemnités journalières jusqu'au 31 mars 2016 seulement.

7. Enfin, l'assuré fait valoir un comportement contradictoire et contraire à la bonne foi de l'intimée.

Certes, l'intimée lui a envoyé, le 13 mai 2016, un courrier l'invitant à se présenter à une expertise médicale le 28 juin 2016, sans préciser que l'octroi de prestations dépendait d'un passage dans l'assurance individuelle. Le courrier du 12 mai 2016 de S._____ était toutefois clair et ne prêtait pas à confusion. En outre, la convocation à cette expertise était antérieure au délai au 30 juin 2016 fixé par l'intimée pour retourner la proposition de libre-passage. L'intimée était alors encore dans l'attente d'une réponse de l'intéressé. Cette expertise n'était en outre pas inutile. Diligente à la suite de la contestation de l'assuré à la décision du 17 février 2016, elle a permis à S._____ de constater qu'elle avait mis prématurément fin à ses prestations, et qu'elle devait verser les indemnités journalières postérieurement au 21 février 2016, jusqu'à la date où le recourant ne lui était plus affilié. L'on ne peut ainsi retenir un comportement contraire à la bonne foi de la part de l'intimée.

8. Au vu de ce qui précède, S._____ était fondée à mettre un terme à ses prestations au 31 mars 2016, dès lors que le recourant n'était plus couvert par un contrat d'assurance auprès d'elle au-delà de cette date.

Il n'y a pas lieu de suspendre la présente procédure jusqu'à droit connu sur celle en droit du travail, puisqu'un jugement définitif et exécutoire a déjà été rendu dans cette dernière.

9. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition attaquée confirmée.

b) La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir des frais judiciaires.

Le recourant n'obtenant pas gain de cause, il n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA a contrario).

Lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure est supportée par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le défenseur d'office a droit au remboursement de ses débours et à un défraiement équitable, qui est fixé en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps qu'il y a consacré. Le juge apprécie l'étendue des opérations nécessaires pour la conduite du procès (art. 2 al. 1 RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

Le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire et a obtenu à ce titre la commission d'un avocat d'office en la personne de Me Guy Longchamp. Ce dernier a produit sa liste des opérations le 6 février 2019, totalisant 32 heures et 18 minutes de travail et 83 fr. 90 de débours. Après examen des opérations effectuées, il apparaît que le temps affecté à certains postes est excessif. Ainsi, Me Longchamp a indiqué à neuf reprises avoir consacré 12 minutes à des courriers où il s'est limité à demander une prolongation de délai à la Cour de céans, avec presque systématiquement 12 minutes supplémentaires pour en envoyer une copie à son client, puis encore 12 minutes pour faire parvenir à celui-ci le courrier de la Cour de céans accordant ladite prolongation. Il a d'ailleurs attribué de manière générale 12 minutes par lettre adressée à son client pour lui transmettre une copie des courriers qu'il avait adressés ou reçus le même jour de la Cour de céans, également s'agissant des six

courriers concernant uniquement l'octroi à l'intimée, par la Cour, de la prolongation de délai qu'elle avait demandée. Le temps affecté à ces opérations est excessif, de sorte qu'il se justifie de retrancher 10 heures à ce titre. Par ailleurs, les 7 heures et 30 minutes chiffrées pour la rédaction de la réplique et l'envoi de deux pièces médicales sont exagérées et doivent être réduites à 5 heures. Les 30 minutes liées à un appel ou un projet de lettre à « Me T. _____ » ne semblent pas concerner la présente affaire et ne seront dès lors pas prises en considération. Le temps consacré à des appels téléphoniques à l'intimée, totalisant près d'une heure, est également excessif, tout comme celui affecté aux nombreux contacts téléphoniques avec le recourant ayant eu lieu au cours de l'été 2017, alors que des conférences de près d'une heure avaient déjà été comptabilisées en mai 2017. Il convient de réduire une heure et 18 minutes à ce titre.

Partant, pour l'année 2017, il y a lieu de prendre en considération un total de 15 heures effectuées par Me Longchamp, au tarif horaire de 180 fr., soit 2'700 francs. A cette somme s'additionne la TVA de 8 % par 216 fr., pour un total de 2'916 francs. Un montant de 42 fr. 30 de débours, plus la TVA de 8 %, à savoir 45 fr. 70, doit également être ajouté.

Concernant les années 2018 et 2019, les heures de travail réalisées sont diminuées à 3 heures, pour un montant de 540 fr., plus la TVA de 7.7 % par 41 fr. 60, soit 581 fr. 60. Il convient encore de tenir compte d'une somme de 41 fr. 60 pour les débours, plus la TVA de 7.7 %, soit 44 fr. 80.

L'indemnité totale est donc arrêtée à 3'588 fr. 10 (2'916 fr. + 45 fr. 70 + 581 fr. 60 + 44 fr. 80), débours et TVA compris.

La rémunération de l'avocat d'office est provisoirement supportée par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu d'en rembourser le montant dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service

juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision sur opposition rendue le 22 décembre 2016 par S._____ est confirmée.
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.
- IV. L'indemnité d'office de Me Guy Longchamp, conseil du recourant, est arrêtée à 3'588 fr. 10 (trois mille cinq cent huitante-huit francs et dix centimes), débours et TVA compris.
- V. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement de l'indemnité du conseil d'office mise provisoirement à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Guy Longchamp (pour X._____)
- S._____

- Office fédéral de la santé publique

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :