

VD_FINDINFO Arrêt / 2019 / 283 vom 21. März 2019

VD Tribunal cantonal, 2019-03-21, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2019__283

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2019 / 283 du 21 mars 2019

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2019 / 283 del 21 marzo 2019

Regeste

ASSURANCE D'UNE INDEMNITÉ JOURNALIÈRE, LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-MALADIE, ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL | 29 al. 2 Cst., 72 al. 2 LAMal, 6 LPGA

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 21.03.2019 Arrêt / 2019 / 283

ASSURANCE D'UNE INDEMNITÉ JOURNALIÈRE, LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-MALADIE, ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL | 29 al. 2 Cst., 72 al. 2 LAMal, 6 LPGA

TRIBUNAL CANTONAL AM 21/17 - 10/2019 ZE17.016954 COUR DES

ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt
du 21 mars 2019 _____ Composition :

M. Piguet , président Mme
Di Ferro Demierre, juge, et M. Gutmann, assesseur Greffière : Mme Berseth
Bébox ***** Cause pendante entre : X. _____ , à [...] (France), recourant, représenté
par Me David Métille, avocat à Lausanne, et S. _____ , à [...], intimée.

_____ Art. 29 al. 2 Cst. ; art. 6 LPGA ; art. 72 al. 2 LAMal E n f a i t : A. a)
Ressortissant français au bénéfice d'une autorisation de travail pour frontalier, X. _____
(ci-après : l'assuré ou le recourant), travaillait depuis le 2 août 2010 en qualité de monteur
en chauffage pour le compte de la société B. _____ à U. _____. Par le biais d'un
contrat collectif conclu par son employeur, il bénéficiait depuis le 1 er janvier 2012 d'une
assurance perte de gain maladie auprès de S. _____ (ci-après : S. _____ ou l'intimée).
Selon l'art. 7 al. 1 des conditions générales de l'assurance collective d'une indemnité
journalière selon la LAMal (BEGM02-F10 – Edition 01.01.2011) valables pour les
assurances V. _____, l'indemnité journalière était versée pour une ou plusieurs
incapacités de travail durant 730 jours dans une période de 900 jours. X. _____ s'est
retrouvé en incapacité de travail à 100 % à compter du 4 novembre 2011 en raison d'une
coronopathie et a subi un double pontage coronarien le 18 novembre 2011. Après avoir
repris le travail à 50 % à compter de mi-juin 2012, puis à 100 % à compter du 1 er octobre
2012, l'assuré s'est à nouveau retrouvé en incapacité de travail à 100 % à compter du
27 novembre 2012, en raison d'abord de lombalgies, puis ensuite d'un état anxio-dépressif.
Le 20 mars 2013, X. _____ a été licencié avec effet au 31 mai 2013. b) Dans l'intervalle,
l'assuré avait déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de
l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger. Après avoir alloué à
l'assuré des mesures d'ordre professionnel, ledit office a, par décision du 29 mai 2015
(confirmée sur recours par le Tribunal administratif fédéral [arrêt C-4291/2015 du 16
janvier 2017] et le Tribunal fédéral [arrêt 9C_178/2017 du 4 avril 2017]), rejeté la demande
de prestations. c) Par courrier du 27 novembre 2013, S. _____ a informé X. _____

qu'il ne bénéficiait plus, à la suite de la cessation de ses activités auprès de la société B._____, de la couverture offerte par l'assurance collective perte de gain de son ancien employeur. Il avait néanmoins la possibilité de maintenir son affiliation en qualité de membre individuel et, ainsi, de bénéficier du libre passage dans l'assurance individuelle. Le 2 décembre 2013, l'assuré a signé la proposition d'assurance qui accompagnait le courrier précité et l'a renvoyé à S._____. d) Par décision du 5 février 2014, S._____ a mis un terme au versement de ses prestations avec effet au 9 février 2014. D'après les conclusions de deux expertises établies par les Drs F._____, spécialiste en cardiologie (rapport du 8 janvier 2014), et D._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie (rapport du 22 janvier 2014), l'assuré disposait depuis le mois de janvier 2014 au plus tard d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Cette décision n'a pas été frappée d'opposition. e) Par courrier reçu par S._____ le 6 février 2014, l'assuré a, en se référant au courrier précité du 27 novembre 2013, mis en exergue que l'assurance ne l'avait pas informé dans les temps de son droit de libre passage dans l'assurance individuelle, puisque la proposition d'assurance lui était parvenue près de sept mois après la cessation de son activité professionnelle. Il estimait en conséquence faire encore partie du cercle des assurés relevant de l'assurance collective de son ancien employeur et ne pas être tenu de s'acquitter des primes individuelles réclamées par S._____. Dans sa réponse du 27 février 2014, S._____ a reconnu son erreur et admis de reporter le début de l'affiliation individuelle de l'assuré au 1^{er} décembre 2013. f) Par courrier adressé à l'assuré le 23 juillet 2014, S._____ a constaté que, malgré plusieurs rappels, les primes dues depuis le 1^{er} mai 2014 étaient demeurées impayées. Elle lui a imparti un délai au 15 août 2014 pour régler ses arriérés, faute de quoi la couverture d'assurance serait résiliée avec effet au 31 juillet 2014. Le 11 août 2014, l'assuré a expliqué à S._____ qu'il n'avait pas été en mesure de régler ses primes en raison de difficultés financières. Un récépissé joint au courrier de l'assuré attestait du paiement de la prime due pour le mois de juin 2014. Le 25 septembre 2014, S._____ a, d'une part, confirmé à l'assuré qu'aucune indemnité journalière ne pouvait lui être accordée au-delà du 9 février 2014 et, d'autre part, indiqué que la couverture d'assurance était, conformément à l'art. 23 ch. 5 de ses conditions générales, résiliée avec effet au 31 juillet 2014, faute de paiement des primes arriérées. Le 31 octobre 2014, l'assuré a contesté la résiliation, motif pris que le préavis d'un mois prévu à l'art. 23 ch. 5 des conditions générales n'avait pas été respecté et qu'il avait payé ses arriérés de primes. Le 26 novembre 2014, S._____ a confirmé la résiliation du contrat avec effet au 31 juillet 2014. Le 5 décembre 2014, l'assuré a réclamé à S._____ la notification d'une décision formelle sujette à recours. Le 30 décembre 2014, S._____ a rendu une décision formelle, dont on extrait ce qui suit : Conformément à votre demande écrite, par lettre recommandée du 5 décembre 2014, nous avons repris votre dossier afin de vous notifier une décision formelle. Après une nouvelle étude approfondie des pièces contenues dans votre dossier, il ressort que S._____ avait rendu une décision formelle, par courrier recommandé daté du 5 février 2014, qui mettait un terme au paiement des indemnités journalières avec effet au 9 février dernier. Cette décision était basée sur les conclusions de l'expert qui vous avait examiné le 20 janvier 2014, dans le cadre d'une expertise mandatée par nos soins. La décision précitée, en l'absence d'opposition dans le délai légal imparti, est ainsi passée en force. Dans un tel cas de figure, c'est l'article 11, chiffre 2, lettre g) qui est applicable, à savoir : « 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 : à la fin de l'incapacité de travail du frontalier en

qualité de membre individuel, sous réserve de l'épuisement du droit aux prestations ». Vu ce qui précède, force est de relever que votre couverture d'assurance individuelle doit être résiliée le 9 février 2014 au soir. En l'absence d'opposition dans le délai indiqué ci-dessous, il va de soi que les primes mensuelles payées en trop vous seront intégralement remboursées. Par courrier du 2 février 2015, X. _____ a formé opposition contre la décision du 30 décembre 2014. Par décision du 11 mai 2015, S. _____ a rejeté l'opposition de l'assuré en s'appuyant sur les considérations suivantes : 1. Est litigieuse la question de savoir si l'assureur a, à raison, décidé de résilier la couverture d'assurance au 28 février 2014. 2. Il est de jurisprudence constante qu'un assuré qui demande des prestations doit entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer le mieux possible les conséquences de son incapacité de travail ou de son invalidité (RJAM 1979, 88 consid. 3a, voir aussi ATF 107 V 20 consid. 2c, ATF 105 V 178 consid. 2). 3. En vertu de l'article 11, chiffre 2, lettre g, des conditions générales d'assurance, dont la teneur est la suivante : « 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 : à la fin de l'incapacité de travail du frontalier en qualité de membre individuel, sous réserve de l'épuisement du droit aux prestations », c'est à raison que l'assureur a résilié la couverture avec effet rétroactif au 28 février 2014. En effet, suite à la décision du 5 février 2014, passée en force et qui mettait un terme aux prestations le 9 février 2014, force est de constater que M. X. _____ n'était plus au bénéfice d'une incapacité de travail, même partielle. 4. L'assuré s'est certes opposé à la décision de S. _____, du 30 décembre 2014, en signalant notamment que dite résiliation à fin février 2014 ne pouvait être appliquée, dans la mesure où : « Je tiens à vous signaler que je n'ai pas épuisé mes droits aux prestations, donc vous n'avez aucune raison de résilier ma couverture d'assurance dès 9 février 2014 ». 5. L'argumentation précitée sur laquelle se base Monsieur X. _____ ne peut être retenue, car il s'agit d'une interprétation erronée de l'article 11 des conditions générales cité plus haut. En effet, la précision contenue dans cet article : « sous réserve de l'épuisement du droit aux prestations » ne signifie pas que l'assuré frontalier doit épuiser son droit aux prestations avant la résiliation de sa couverture, mais précise simplement que la couverture doit être résiliée lorsque l'assuré a atteint l'épuisement du droit aux prestations. Si tel n'était pas le cas, cela voudrait dire que même en cas d'épuisement du droit aux prestations, l'assuré devrait continuer de payer sa prime ! 6. Par contre, selon le même article, « la couverture d'assurance et le droit aux prestations cessent pour chaque assuré à la fin de l'incapacité de travail du frontalier ». Or, tel était bien le cas, en date du 9 février 2014, lorsque la décision de l'assureur du 5 février 2014 était passée en force. 7. Pour le surplus, relevons encore que l'article 11 des conditions générales, indiqué ci-dessus est conforme, par analogie, à la teneur de l'article 7, al. 4 de OAMal (Ordonnance sur l'assurance-maladie). 8. Au vu de tout ce qui précède, la décision du 30 décembre 2014 est fondée. 9. Enfin, comme l'assureur l'avait déjà précisé dans sa décision du 30 décembre dernier, en l'absence de recours à l'encontre de la présente décision, les primes mensuelles payées au-delà du mois de février 2014 par M. X. _____ lui seront intégralement remboursées. Par arrêt du 5 janvier 2016 (cause AM 23/15 – 2/2016), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a partiellement admis le recours interjeté par X. _____, annulé la décision sur opposition du 11 mai 2015 et renvoyé la cause à S. _____ pour qu'elle examine si l'assuré avait droit au paiement de prestations pour la période postérieure au 9 février 2014. L'arrêt était fondé sur le raisonnement suivant : 4. a) En l'espèce, le recourant formule d'abord plusieurs griefs en lien avec son droit au libre

passage dans l'assurance individuelle au sens de l'art. 71 LAMal. Il ressort de la lettre de résiliation de B. _____ du 20 mars 2013 qui figure au dossier que le contrat de travail du recourant a été résilié par son employeur pour le 31 mai 2013 et non pour le 30 novembre 2013, comme le retient à tort la décision attaquée. En tant que travailleur frontalier, le recourant bénéficie du droit au libre passage dans l'assurance individuelle. Toutefois, l'intimée ne l'a informé de son droit de passage dans l'assurance individuelle qu'en date du 27 novembre 2013. Il s'ensuit que, conformément à ce que prévoit l'art. 71 al. 2 LAMal, le recourant est resté dans l'assurance collective jusqu'au moment où il a accepté l'offre de l'assurance de passer dans l'assurance individuelle, soit dès le 1^{er} décembre 2013, le contrat ayant été automatiquement reconduit pour l'année 2014. Pour le surplus, les conditions dans lesquelles le recourant a été informé de son droit au libre passage ne sont pas déterminantes pour résoudre le présent litige. On peut donc écarter les moyens soulevés par le recourant dans la mesure où ils concernent son passage dans l'assurance individuelle.

b) Le recourant conteste ensuite la résiliation de sa couverture d'assurance avec effet au 28 février 2014. L'intimée se prévaut de l'art. 11 ch. 2 let. g de ses conditions générales (édition 01.01.2011) dont la teneur est la suivante : « 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 à la fin de l'incapacité de travail du frontalier en qualité de membre individuel, sous réserve de l'épuisement du droit aux prestations ». Selon l'interprétation que fait l'intimée de cette disposition, le droit du travailleur frontalier aux prestations cesserait dès la fin de son incapacité de travail. L'expression « sous réserve de l'épuisement du droit aux prestations » ne signifierait pas que l'assuré frontalier doit épuiser son droit aux prestations avant la résiliation de sa couverture mais que celle-ci doit être résiliée lorsque l'assuré a épuisé son droit aux prestations. En règle générale, la couverture d'assurance ainsi que le droit aux prestations ne prennent fin qu'avec l'épuisement du droit aux prestations (art. 11 al. 2 let. e des conditions générales) et non avec la fin de l'incapacité de travail. Il en résulte pour les travailleurs frontaliers que lorsque l'épuisement du droit aux prestations intervient avant la fin de l'incapacité de travail, la couverture d'assurance cesse déjà lorsque le droit aux prestations est épuisé. C'est dans ce sens qu'il convient de comprendre l'expression « sous réserve de l'épuisement du droit aux prestations » figurant à l'art. 11 al. 2 let. g des conditions générales de l'intimée. Pour le surplus, l'assurance facultative d'indemnités journalières ne prend en principe pas fin en même temps que l'incapacité de travail. Cette cause de suppression de la couverture n'est prévue que pour les travailleurs frontaliers en qualité de membres individuels. Elle s'explique par le fait que le libre passage est limité au territoire suisse (Gnaegi, op. cit., p. 140) et a pour but d'éviter que des personnes qui n'ont pas de lien suffisant avec le territoire suisse puissent bénéficier de la couverture d'une assurance individuelle d'indemnités journalières. Dans un arrêt K 96/02 du 1^{er} avril 2004 (consid. 6.3., cité par Eugster, op. cit., n° 3 ad art. 71 KVG), le Tribunal fédéral des assurances avait laissé indécise la question de savoir si le droit fédéral autorisait la pratique d'une assurance individuelle d'indemnités journalières au sens de la LAMal de mettre fin à la couverture des travailleurs frontaliers en cas de fin de l'activité lucrative en Suisse ou, s'ils sont restés dans l'assurance en raison d'une incapacité de travail, à la fin de celle-ci. S'agissant d'un régime facultatif rattaché à l'assurance-maladie, on peut également s'interroger sur la conformité d'une telle clause avec l'art. 8 de l'Accord sur la libre circulation des personnes conclu le 21 juin 1999 entre la Suisse et l'Union européenne ainsi que ses Etats membres (RS 0.142.112.681) ainsi que son annexe II (cf. sous l'empire de l'ancienne réglementation communautaire déjà Bettina Kahil-Wolff,

L'accord sur la libre circulation des personnes Suisse-CE et le droit des assurances sociales, SJ 2001 II, p. 81 ss, spéc. p. 131 et art. 7 du règlement [CE] n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale ; RS 0.831.109.268.1). Comme on le verra, la question de savoir si la clause visant spécifiquement les travailleurs frontaliers est conforme au droit fédéral et international peut également rester indéterminée dans le cadre du présent litige. c) En l'espèce, l'intimée a rendu le 5 février 2014 une décision constatant que la capacité de travail du recourant était de 100 % au plus tard le 20 janvier 2014 et mettant fin aux prestations pour le 9 février 2014. Le recourant n'a pas fait opposition à cette décision si bien qu'elle est entrée en force. Il est par ailleurs constant que le recourant n'a pas épuisé son droit aux prestations. Toutefois, l'intimée a continué à se comporter comme si la couverture d'assurance du recourant n'avait pas pris fin. En particulier, elle a continué à lui réclamer le paiement des primes mensuelles en lui adressant trimestriellement des factures à cet effet. Elle a ensuite sommé le recourant de lui verser les primes puis, par courrier recommandé du 25 septembre 2014, a résilié la couverture d'assurance en invoquant le non-paiement des primes par le recourant. Ce n'est que dans sa décision du 30 décembre 2014, sollicitée par le recourant, que l'intimée a invoqué pour la première fois l'art. 11 al. 2 let. g de ses conditions générales et considéré que la couverture d'assurance avait été résiliée au 9 février 2014, voire au 28 février 2014, les décisions de l'assurance étant au demeurant contradictoires sur ce dernier point. Un tel comportement contrevient aux règles de la bonne foi (art. 2 CC) dans la mesure où le recourant, qui ne s'était pas opposé à la décision mettant fin à ses prestations et auquel des primes mensuelles avaient été adressées, pouvait légitimement comprendre que les rapports d'assurance continuaient. Dans la mesure où elle se prévaut de la fin de l'incapacité de travail du recourant pour mettre fin à la couverture d'assurance, la décision attaquée ne peut donc pas être confirmée. d) A titre subsidiaire, l'intimée fait valoir que la résiliation de la couverture d'assurance serait justifiée conformément à l'art. 23 ch. 5 des conditions générales par le retard du recourant dans le paiement de ses primes mensuelles. Selon l'art. 23 ch. 5 des conditions générales de l'intimée, « si le preneur d'assurance est en retard dans le paiement de deux primes au moins, l'assureur est en droit de résilier le contrat pour la fin d'un mois, moyennant un préavis d'un mois. La résiliation doit être envoyée en courrier recommandé ». Il résulte de l'art. 23 ch. 4 que cette résiliation doit être précédée de l'envoi au débiteur d'une sommation comportant un délai de 14 jours au moins pour s'acquitter des montants arriérés ainsi qu'un rappel des conséquences de la demeure. En l'espèce, l'intimée a adressé le 23 juillet 2014 un courrier au recourant lui impartissant un délai au 15 août 2014 pour régler les primes échues depuis le 1^{er} mai 2014, à défaut de quoi elle résilierait la couverture du recourant avec effet au 31 juillet 2014. Par courrier recommandé du 25 septembre 2014, l'intimée a constaté que le recourant ne s'était pas acquitté des arriérés et a résilié le contrat avec effet au 31 juillet 2014. Il ressort du dossier que le recourant a versé à l'intimée des montants de 370 fr. 80 correspondant à celui de la prime mensuelle en date des 11 août 2014, 17 septembre 2014 et 25 octobre 2014. L'intimée n'a pas respecté la procédure prévue par l'art. 23 ch. 5 de ses conditions générales. Cette clause ne permet en effet pas à l'assureur de résilier la couverture d'assurance avec effet rétroactif mais pour la fin d'un mois moyennant un préavis d'un mois, lequel débute avec l'envoi du recommandé : la résiliation adressée par courrier recommandé le 25 septembre 2014 ne pouvait donc déployer ses effets qu'au plus tôt le 31 octobre 2014 et non pour le 31 juillet 2014. Ensuite, deux des primes ayant fait l'objet de la sommation du 23 juillet 2014 ont été payées par le recourant avant l'envoi du courrier recommandé du 25

septembre 2014 si bien qu'il n'était plus en retard dans le paiement de deux primes au moins, aucune autre sommation ne figurant au dossier. En conclusion, on retiendra que la résiliation de la couverture d'assurance n'est pas intervenue valablement. g) Après avoir complété l'instruction de son dossier, S. _____ a, le 29 juin 2016, rendu une nouvelle décision, dont la teneur est la suivante : Vos courriers du 20 juin et du 24 juin 2016, qui répondaient à nos demandes respectives du 16 juin et du 21 juin 2016, nous sont bien parvenues. Il ressort de vos documents que, d'une part, vous n'êtes plus en incapacité de travail depuis le 1^{er} mai dernier inclus et que, d'autre part, vous n'exercez aucune activité lucrative auprès d'un employeur en Suisse. Dès lors, vous ne remplissez plus les conditions permettant de maintenir votre couverture de l'indemnité journalière, et ce dès le 1^{er} mai 2016. Par conséquent, nous vous informons que votre couverture précitée est résiliée avec effet au 30 avril 2016, conformément à la teneur de l'article 11, chiffre 2, lettre g), des Conditions générales de l'assurance collective d'une indemnité journalière selon la LAMal (BEGM02-F10 – Edition 01.01.2011) qui stipule : « 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 : à la fin de l'incapacité de travail du frontalier en qualité de membre individuel, sous réserve de l'épuisement du droit aux prestations ». L'opposition interjetée le 4 août 2016 par X. _____ contre cette décision a été rejetée par S. _____ le 2 mars 2017. Par arrêt du 14 décembre 2018 (cause AM 17/17 – 55/2018), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a admis le recours interjeté par X. _____ et annulé la décision sur opposition du 2 mars 2017. L'arrêt était fondé sur le raisonnement suivant : 5. a) [...], il y a lieu de constater que l'art. 11 ch. 2 let. g des conditions générales de l'assurance collective d'une indemnité journalière selon la LAMal, en tant qu'il met un terme à la couverture d'assurance ainsi qu'au droit aux prestations à la fin de l'incapacité de travail du frontalier assuré à titre individuel, n'est pas compatible avec les règles de coordination des systèmes de sécurité sociale, dès lors qu'il ne permet pas à la personne résidant sur le territoire d'un Etat membre de la Communauté européenne qui a travaillé en Suisse en qualité de travailleur salarié ou non salarié de passer dans l'assurance invalidité individuelle aux mêmes conditions qu'un travailleur résidant en Suisse. De ce fait, le recourant subit une inégalité de traitement en raison de son statut de frontalier qui ne répond à aucune considération objective d'intérêt général. b) Dans ces conditions, l'intimée n'était pas en droit de résilier avec effet au 30 avril 2016 l'assurance individuelle d'indemnités journalières dont le recourant était le bénéficiaire depuis le 1^{er} décembre 2013 en se fondant sur l'art. 11 ch. 2 let. g de ses conditions générales. h) A la suite de l'arrêt rendu le 5 janvier 2016 par la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, X. _____ a, par courrier du 2 février 2016, sollicité de S. _____ le versement d'indemnités journalières fondées sur une incapacité totale de travailler dès le 10 octobre 2014, en se référant aux avis d'arrêt de travail qu'il lui avait fait parvenir dans l'intervalle. Dans le cadre de l'instruction de cette nouvelle demande d'indemnisation, S. _____ a requis des renseignements médicaux auprès des médecins traitants de l'assuré, à savoir les Drs Z. _____, spécialiste en psychiatrie, et G. _____, spécialiste en cardiologie. Dans un rapport du 2 avril 2016, le Dr Z. _____ a indiqué que l'état thymique et anxieux de son patient était désormais stabilisé et qu'il serait en mesure de reprendre une activité lucrative à plein temps à compter du 1^{er} mai 2016. Dans un rapport du 25 avril 2016, le Dr G. _____ a indiqué que son patient ne présentait aucune atteinte ayant une répercussion sur sa capacité de travail ; celui-ci souffrait d'une maladie coronaire stable nécessitant une activité professionnelle adaptée, sans effort intense. S. _____ a sollicité le Dr D. _____ afin qu'il fasse part de

son avis au sujet du rapport établi par le Dr Z._____. Dans un courrier du 24 juin 2016, celui-ci a indiqué ce qui suit : Après avoir relu l'expertise psychiatrique du 22 janvier 2014 concernant la personne susnommée et après avoir pris connaissance du rapport médical du 2 avril 2016 du Docteur Z._____, psychiatre traitant de l'assuré, je prends position comme suit. Le rapport médical du 2 avril 2016 du Docteur Z._____ ne contient pas d'affection psychiatrique comme diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail, mais des problèmes cardiaques. L'état thymique et anxieux bien stabilisé est considéré comme non incapacitant, puisque ces éléments figurent sous la rubrique des diagnostics qui n'ont pas de répercussions sur la capacité de travail. Dans ce même document, il n'est pas non plus mentionné de limitations fonctionnelles psychiques susceptibles de réduire l'aptitude au travail. Le rapport médical du 2 avril 2016 ne contient pas d'informations nouvelles depuis l'expertise psychiatrique du 22 janvier 2014 susceptibles d'avoir mené à une rechute. Rappelons que dans cette même expertise, il avait été conclu à l'absence de diagnostic ainsi qu'à la présence d'une capacité de travail entière. Au vu de l'absence de diagnostic psychiatrique, la médication antidépressive d'escitalopram (Seroplex®) et anxiolytique de prazépam (Lysianxa®) ne se justifie pas. La posologie de l'escitalopram (Seroplex®) de 5 mg par jour en ce moment correspond à un traitement léger (habituellement 10 ou 20 mg par jour). Celle du prazépam (40 mg par jour actuellement) ne correspond pas à un traitement lourd (60 mg par jour). La fréquence réduite (mensuelle) des consultations auprès du Docteur Z._____ est le reflet d'une pathologie peu significative. En d'autres termes, ce qui précède a tendance à parler contre la présence d'une pathologie marquée et, donc, d'une incapacité de travail. A la réponse à la question du point 1.6 du rapport médical du 2 avril 2016, le Docteur Z._____ indique que le problème principal est, depuis longtemps, le fait que la capacité de travail de l'assuré serait influencée de manière positive s'il avait une nouvelle place de travail, le cas échéant, auprès d'un nouvel employeur. Cela laisse supposer que Monsieur X._____ est apte au travail mais qu'il n'a pas d'emploi parce qu'il n'en trouve pas. L'on ne voit pas comment, sur la base du rapport médical du 2 avril 2016, une incapacité de travail pourrait se justifier, et, a fortiori, du mois d'octobre 2014 jusqu'à la fin du mois d'avril 2016. Par décision du 5 juillet 2016, confirmée sur opposition le 20 mars 2017, S._____ a refusé d'accorder des indemnités journalières pour la période du 10 octobre 2014 au 30 avril 2016. B. a) Par acte du 18 avril 2017, X._____ a recouru contre la décision sur opposition précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation et à l'octroi d'indemnités journalières pour la période du 10 octobre 2014 au 30 avril 2016. En substance, il reprochait à S._____ de s'être écartée sans raison pertinente des certificats médicaux établis par le Dr Z._____. b) Dans sa réponse du 15 septembre 2017, S._____ a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Elle était d'avis que les simples attestations d'arrêts de travail, dépourvues de motivation particulière, telles que celles qui avaient été délivrées par le Dr Z._____, n'étaient pas de nature à faire douter de la pertinence de l'avis du Dr D._____. c) Dans sa réplique du 13 novembre 2017, X._____, désormais représenté par Me David Métille, avocat à Lausanne, a relevé que S._____ n'était pas en droit de mettre un terme aux prestations avec effet au 9 octobre 2014, dans la mesure où, d'une part, l'évaluation effectuée au mois de janvier 2014 par le Dr F._____ ne revêtait pas les qualités d'une expertise et où, d'autre part, son droit d'être entendu avait été violé dans le cadre de l'expertise psychiatrique réalisée en 2014 par le Dr D._____. Dans ces conditions, de nouvelles expertises sur les plans psychiatrique et cardiologique devaient en tout état de cause être

mises en œuvre. Au demeurant, il ressortait des rapports médicaux établis par les Drs G._____, Z._____ et L._____, spécialiste des maladies du cœur et des vaisseaux, qu'il avait présenté une incapacité complète de travail jusqu'au 30 avril 2016. En complément de son écriture, X._____ a versé au dossier trois rapports médicaux établis les 28 juillet 2017, 5 septembre 2017 et 6 septembre 2017 par respectivement les Drs G._____, Z._____ et L._____. d) Dans sa duplique du 8 janvier 2018, S._____ a rappelé qu'elle avait mis fin au droit aux prestations de l'assuré par décision formelle du 5 février 2014. La question litigieuse était par conséquent uniquement celle du droit aux prestations que l'assuré réclamait en relation avec une incapacité de travail du 10 octobre 2014 au 30 avril 2016. Dans ces conditions, il n'y avait pas lieu d'examiner si les rapports d'évaluation des Drs F._____ du 8 janvier 2014 et D._____ du 22 janvier 2014 répondaient aux critères jurisprudentiels topiques ni si le droit d'être entendu de l'assuré avait été respecté, puisqu'ils étaient antérieurs à la période litigieuse. S._____ a également rappelé que l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger avait rejeté la demande de prestations de l'assuré, en expliquant que le degré d'invalidité, fixé à 6,33 %, était insuffisant, décision qui avait été confirmée par le Tribunal administratif fédéral. e) Dans ses déterminations du 5 juin 2018, X._____ a expliqué, en se fondant sur six nouveaux rapports médicaux produits à l'appui de son écriture, qu'il ne présentait aucune capacité de travail exploitable sur le marché du travail pour des motifs strictement cardiologiques, dès lors qu'il devait éviter toute forme d'effort, respectivement de stress. f) Dans ses déterminations du 28 juin 2018, S._____ a indiqué que les pièces produites par l'assuré concernaient sa situation plus d'une année après la période litigieuse et ne traitaient pas de la problématique de la capacité de travail, si bien qu'elles n'apportaient aucun élément nouveau pour la solution du litige. g) Dans ses déterminations du 19 juillet 2018, X._____ a précisé, en s'appuyant sur de nouveaux rapports médicaux produits à l'appui de son écriture, que la situation cardiologique s'était constamment avérée problématique et rien ne permettait de penser, contrairement à ce qu'avait affirmé le Dr F._____, que l'on était en présence d'une évolution cardiologique favorable susceptible de donner lieu à une capacité de travail entière. Preuve en était la récente intervention pour la pose de deux stents dont il avait fait l'objet. h) Dans ses déterminations du 7 août 2018, la S._____ a indiqué que les pièces produites par l'assuré ne permettaient pas d'établir qu'il était en incapacité de travail entre le 10 octobre 2014 et le 30 avril 2016. i) Par ordonnance du 17 août 2018, le Juge instructeur a ordonné la production du dossier constitué par l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger. j) Dans ses déterminations du 2 octobre 2018, S._____ a maintenu la teneur des conclusions prises. k) Dans ses déterminations du 1^{er} novembre 2018, X._____ a estimé que le dossier de l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger ne contenait pas d'éléments médicaux complémentaires permettant de se faire une idée quant à l'évolution de son état de santé. Même si la procédure en matière d'assurance-invalidité avait abouti à un refus de prestations, cette procédure ne devait pas lier la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Au moment du dépôt de son recours auprès du Tribunal administratif fédéral, il n'était pas encore en possession des différents rapports médicaux produits en cours de procédure. Dans la mesure où ces documents attestaient la persistance d'une incapacité de travail, respectivement de résultats loin d'être rassurants sur le plan cardiologique, ils ne pouvaient être purement et simplement écartés, au seul motif qu'ils étaient postérieurs à la date à laquelle il avait été mis un terme au versement des indemnités journalières. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre

2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-maladie, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie [LAMal; RS 832.10]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36]) et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c, 110 V 48 consid. 4a).

b) Le litige a pour objet le droit du recourant à des indemnités journalières pour la période du 10 octobre 2014 au 30 avril 2016.

c) Dans la mesure où elle est entrée en force, il n'y a pas lieu de revenir sur le bien-fondé de la décision du 5 février 2014, par laquelle l'intimée avait mis un terme au droit aux prestations du recourant avec effet au 9 février 2014.

3. Dans un premier moyen de nature formelle, le recourant invoque une violation de son droit d'être entendu, en tant que l'intimée ne lui aurait pas laissé la possibilité, dans le cadre de l'expertise réalisée par le Dr D. _____ au mois de janvier 2014, de s'exprimer sur le choix de l'expert ainsi que sur le questionnaire adressé à celui-ci, de prendre connaissance du rapport d'expertise et de prendre position sur le contenu de celui-ci.

a) Le droit d'être entendu, tel qu'il est garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), comprend notamment le droit pour l'intéressé de produire des preuves pertinentes, d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuves pertinentes, de participer à l'administration des preuves essentielles ou, à tout le moins, de s'exprimer sur son résultat lorsque cela est de nature à influencer sur la décision à rendre. A lui seul, l'art. 29 al. 2 Cst. ne confère pas le droit d'être entendu oralement, ni celui d'obtenir l'audition de témoins. La jurisprudence admet que le droit d'être entendu n'empêche pas l'autorité de mettre un terme à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de former sa conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude que ces dernières ne pourraient pas l'amener à modifier son opinion (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 et les références).

b) A la lecture du dossier de l'intimée et des griefs soulevés par le recourant, on peut en effet s'interroger sur la question de savoir si l'intimée a, lorsqu'elle a mandaté le Dr D. _____ aux fins de réaliser une expertise psychiatrique, respecté la procédure prévue à l'art. 44 LPGA en cas d'expertise. Cette question peut néanmoins souffrir de rester indécise. Elle aurait dû en effet être examinée dans le cadre de la procédure d'examen du droit aux indemnités journalières qui s'est achevée par la décision – entrée en force – rendue par l'intimée le 5 février 2014 (cf. supra consid. 2c). En ce qui concerne la question de la valeur probante du rapport d'expertise rendu le 22 janvier 2014 par le Dr D. _____, elle relève de l'appréciation des preuves plutôt que de la violation du droit d'être entendu et sera examinée le cas échéant

avec le fond du litige. 4. En l'espèce, le recourant est assuré pour la perte de gain en cas de maladie par le biais d'un contrat individuel. a) D'après l'art. 72 al. 2 LAMaI, le droit aux indemnités journalières prend naissance lorsque l'assuré a une capacité de travail réduite au moins de moitié. b) Dans l'assurance facultative d'indemnité journalière en cas de maladie, la notion d'incapacité de travail correspond à celle définie à l'art. 6 LPGa (auquel renvoie l'art. 72 al. 2 LAMaI). Selon cette disposition, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. Selon la jurisprudence, le degré de l'incapacité de travail doit être fixé sur la base de la profession exercée jusqu'alors, aussi longtemps qu'on ne peut raisonnablement exiger de l'assuré qu'il mette à profit sa capacité de travail résiduelle dans une autre branche professionnelle (obligation de diminuer le dommage ; ATF 129 V 460 consid. 4.2 et 114 V 281 consid. 1d). Ce principe a été codifié à l'art. 6, 2^e phrase, LPGa, qui prévoit qu'en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité raisonnablement exigible peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. En ce sens, l'assurance d'indemnités journalières n'assure l'incapacité de travail que dans les limites posées par l'obligation de diminuer le dommage (Gebhard Eugster, *Krankenversicherung*, in : *Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit*, 3^e éd., Bâle 2016, n. 1461 s., p. 841-842). c) A teneur de l'art. 13 al. 1 des Conditions générales de l'assurance collective d'une indemnité journalière selon la LAMaI (BEGM02-F10 – Edition 01.01.2011), l'intimée alloue l'indemnité journalière en cas d'incapacité de travail à partir de 25%. Selon l'art. 7 al. 1 des mêmes conditions générales, elle est versée pour une ou plusieurs incapacités de travail durant 730 jours dans une période de 900 jours. 5. Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, 126 V 353 consid. 5b, 125 V 193 consid. 2). 6. En l'occurrence, le recourant soutient qu'il a présenté une incapacité totale de travailler du 10 octobre 2014 au 30 avril 2016. a) Sur le plan cardiologique, il n'est pas contesté que le recourant souffre d'une maladie cardiologique grave qui nécessite un traitement au long cours ainsi qu'un suivi régulier. Toutefois, il ressort clairement du rapport établi 25 avril 2016 par le Dr G. _____ que la maladie était stable et qu'elle permettait, au regard des symptômes et des résultats des tests d'effort, l'exercice à plein temps d'une activité professionnelle adaptée. Dans la mesure où cet avis rejoignait les conclusions de l'expertise du Dr F. _____ du 8 janvier 2014, il y a lieu d'en déduire que la situation n'avait pas évolué au cours de la période litigieuse. Les différents rapports produits par le recourant dans le cadre de la procédure de recours ne permettent pas de parvenir à une conclusion différente. S'ils mettent en évidence la présence d'une occlusion de la marginale en aval du pontage qu'il a subi le 21 novembre 2011 expliquant les symptômes (angor résiduel ; cf. rapport du 6 septembre 2017 du Dr L. _____ ; rapport du Professeur M. _____, cardiologue, du 16 mai 2018), ils ne fournissent aucun renseignement précis relatif à la capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée, respectivement aucun indice que la situation du recourant sur le plan cardiologique se serait péjorée depuis l'expertise du Dr F. _____ du 8 janvier 2014. b) Sur le plan

psychiatrique, il y a lieu de constater que l'incapacité de travail attestée pour la période litigieuse ne ressort que des avis d'arrêt de travail établis par le Dr Z._____. Toutefois, ce médecin n'a, tout au long de la procédure, jamais posé de diagnostic psychiatrique précis – la mention d'un état anxio-dépressif étant pour le moins imprécise – ni étayé son appréciation par une description circonstanciée des symptômes cliniques présentés par son patient. Le bref certificat médical établi le 5 septembre 2017 par le Dr Z._____ n'est à cet égard d'aucune utilité. Aussi, il n'y a pas lieu, faute d'indices suffisants, de retenir que le recourant a souffert entre le 10 octobre 2014 et le 30 avril 2016 d'une atteinte à la santé psychique à l'origine d'une incapacité de travail. c) Sur le vu de ce qui précède, il y a lieu de retenir que le recourant a toujours été en mesure d'exercer une activité professionnelle adaptée au cours de la période du 10 octobre 2014 au 30 avril 2016 et que, partant, il n'a pas présenté d'incapacité de travail susceptible d'ouvrir le droit aux indemnités journalières. 7. a) Mal fondé, le recours doit être rejeté. b) La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'est pas perçu de frais judiciaires. c) Il n'y a pas lieu non plus d'allouer de dépens, puisque le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD et 61 let. g LPGA). d) Par décision du juge instructeur du 26 juin 2017, 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 David Métille. Celui-ci a produit sa liste des opérations le 6 mars 2019, laquelle a été contrôlée au regard de la procédure et rentre globalement dans le cadre du bon accomplissement du mandat. Partant, pour la période du 19 juin 2017 au 31 décembre 2017, il convient de retenir 10 heures et 55 minutes de prestations d'avocat rémunérées à un tarif horaire de 180 fr. (cf. art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]), ce qui correspond à un montant total d'honoraires s'élevant à 1'965 fr., auquel il y a lieu d'ajouter la TVA de 8 %, soit un montant de 2'122 fr. 20. Pour la période du 1^{er} janvier 2018 au 6 mars 2019, il convient de retenir 14 heures et 5 minutes de prestations d'avocat rémunérées à un tarif horaire de 180 fr., ce qui correspond à un montant total d'honoraires s'élevant à 2'535 fr., auquel il y a lieu d'ajouter la TVA de 7,7 %, soit un montant de 2'730 fr. 20. A ces montants, il convient d'ajouter les débours fixés à 29 fr. 90, avec TVA au taux de 7,7 % en sus, soit 32 fr. 20. L'indemnité totale sera donc arrêtée à 4'884 fr. 60. e) Le recourant est rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser le montant pris en charge par le canton dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC [code fédéral 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 prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision rendue le 20 mars 2017 par S._____ est confirmée. III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens. IV. L'indemnité d'office de Me David Métille, conseil du recourant, est arrêtée à 4'884 fr. 60 (quatre mille huit cent huitante-quatre francs et soixante 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 des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis provisoirement à la charge de l'Etat. Le président : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me David Métille (pour le recourant), ■ 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 :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.