Eidgenössisches Versicherungsgericht
Tribunale federale delle assicurazioni
Tribunal federal d'assicuranzas

Cour des assurances sociales
du Tribunal fédéral

Cause
{T 7}
K 73/05

Arrêt du 21 décembre 2005
Ire Chambre

Composition
MM. et Mme les Juges Borella, Président, Leuzinger, Ursprung, Kernen et Frésard. Greffière : Mme Moser-Szeless

Parties
Caisse-maladie et accidents de la société suisse des hôteliers, HOTELA, rue de la Gare 18, 1820 Montreux, recourante,

contre

R._____, intimé, représenté par Me Caroline Könemann, avocate, chemin du Chamoliet 14a 1226 Thônex

Instance précédente
Tribunal cantonal des assurances sociales, Genève

(Jugement du 7 avril 2005)

Faits:
A.
R._____ travaillait comme responsable de restaurant au service de l'établissement X._____. A ce titre, il était au bénéfice d'une assurance d'indemnités journalières selon la LAMal, avec un délai d'attente de trente jours, conclue par un contrat collectif entre son employeur et la caisse-maladie et accidents de la Société suisse des Hôteliers HOTELA (ci-après : HOTELA). A partir du 6 juin 2002, il a été dans l'incapacité totale de travailler. Il a bénéficié des indemnités journalières assurées de 151 fr. à partir du 6 juillet 2002. L'incapacité de travail s'est prolongée en 2003. Les rapports de travail ont été résiliés avec effet au 30 juin 2003. L'intéressé a été transféré dans l'assurance individuelle avec effet au 1er juillet 2003.

Le 25 juin 2003, la caisse a invité l'assuré à s'annoncer sans délai à l'assurance-invalidité. A cet effet, elle lui a fixé un délai de deux mois en l'avertissant qu'à défaut, elle se verrait obligée de réexaminer « notre droit aux prestations ». Le 3 juillet 2003, l'assuré a répondu qu'il n'avait pas encore pu obtenir un rendez-vous de son médecin traitant. Il demandait à la caisse de lui accorder un délai jusqu'à fin septembre 2003 pour présenter une « éventuelle demande ».

Constatant que l'assuré n'avait toujours pas présenté de demande de prestations à l'assurance-invalidité, la caisse lui a imparti, pour ce faire, un ultime délai échéant au 31 octobre 2003 (lettre du 17 octobre 2003).

L'assuré ne s'étant pas exécuté à l'échéance de ce délai, HOTELA a rendu une décision, le 7 novembre 2003, par laquelle elle a mis fin au versement des indemnités journalières avec effet au 1er octobre 2003.

Le 12 novembre 2003, l'assuré a fait parvenir à HOTELA une copie de la demande de rente d'invalidité qu'il avait déposée le même jour. Par lettre du 20 novembre 2003, il a mis la caisse en demeure de lui verser, dans les meilleurs délais, les indemnités journalières qui lui étaient dues depuis octobre 2003.
Le 21 novembre 2003, HOTELA a invité R._____ à se soumettre à une expertise médicale qu'elle a confiée au docteur L._____, spécialiste FMH en médecine interne. L'assuré s'est présenté à la consultation de ce médecin le 5 décembre 2003. Dans son rapport du 15 décembre suivant, le docteur L._____ a posé les diagnostics de dépression réactionnelle à un conflit professionnel, de lombalgies chroniques sur discopathie L4-L5 et de diabète de type II. Il a estimé que l'intéressé avait été totalement incapable de travailler depuis le 6 juin 2002 jusqu'à la date de l'expertise. L'incapacité pouvait encore se prolonger, selon ce médecin, jusqu'en mars 2004; l'état maladif actuel ne justifiait pas une incapacité définitive et une reprise professionnelle devait être ensuite prévue.

Considérant l'écriture du 20 novembre 2003 comme opposition, la caisse a rendu une nouvelle décision, le 23 décembre 2003, par laquelle elle a confirmé sa décision précédente. Tout en admettant que l'assuré présentait une incapacité de travail depuis le 6 juin 2002, elle a considéré que, malgré les mises en demeure qui lui avaient été adressées, il s'était annoncé tardivement à l'assurance-invalidité. Pour ce motif et conformément à ses dispositions réglementaires, elle s'estimait en droit de refuser le versement de prestations à compter du 1er octobre 2003.
B.
Statuant le 7 avril 2005 sur le recours formé par l'assuré contre cette décision, le Tribunal cantonal des assurances sociales du canton de Genève l'a admis. Il a annulé la décision sur opposition du 23 décembre 2003 et renvoyé la cause à la caisse pour qu'elle statue dans les plus brefs délais sur les droits de l'assuré, conformément aux conclusions de l'expertise.
C.
HOTELA interjette un recours de droit administratif dans lequel elle conclut à l'annulation de ce jugement.

R._____ conclut au rejet du recours et au versement par la caisse d'indemnités journalières entières du 1er octobre 2003 au 31 mars 2004 et d'indemnités réduites de 50 pour cent pour la période du 1er avril 2004 au 5 juillet 2004, soit un montant total de 37'094 fr. Il demande en outre qu'HOTELA soit condamnée à payer une amende pour recours téméraire.

L'Office fédéral de la santé publique ne s'est pas déterminé sur le recours.

Considérant en droit:
1.
La question est de savoir si la recourante était en droit de mettre fin au versement de l'indemnité journalière au motif que l'intimé ne s'était pas annoncé à l'assurance-invalidité dans les délais successifs qu'elle lui avait impartis à cet effet.
2.
2.1 Selon l'art. 72 al. 3 LAMal, les indemnités journalières doivent être versées pour une ou plusieurs maladies, durant au moins 720 jours dans une période de 900 jours. D'autre part, selon l'art. 29 al. 1 let. b LAI, le droit à la rente d'invalidité au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 pour cent au moins pendant une année sans interruption notable (art. 6 LPGA).
2.2 La coordination entre les indemnités journalières et les rentes est réglée à l'art. 68 LPGA. D'après cette disposition, sous réserve de surindemnisation, les indemnités journalières et les rentes de différentes assurances sociales sont cumulées. Il y a surindemnisation dans la mesure où les prestations sociales légalement dues dépassent, du fait de la réalisation du risque, à la fois le gain dont l'assuré est présumé avoir été privé, les frais supplémentaires et les éventuelles diminutions de revenu subies par les proches (art. 69 al. 2 LPGA). En cas de surindemnisation provenant du cumul d'indemnités journalières et d'une rente, ce sont les premières qui sont réduites jusqu'à concurrence de la limite de la surindemnisation (art. 69 al. 3 LPGA a contrario). En ce qui concerne plus particulièrement les indemnités journalières de l'assurance-maladie, cet ordre de priorité (relative)

prévalait déjà avant l'entrée en vigueur de la LPGA et d'ailleurs également aussi sous le régime de la LAMA (art. 26 al. 1 LAMA; cf. ATF 120 V 62 consid. 2).
2.3 L'assureur-maladie a donc tout intérêt à ce que l'assuré s'annonce à l'assurance-invalidité, puisque le versement éventuel d'une rente de cette assurance conduit à une réduction de ses propres prestations. En outre, il peut recevoir, en tout ou partie, les prestations arriérées de l'assurance-invalidité en compensation de sa créance en surindemnisation. En effet, les assureurs-maladie qui ont alloué des indemnités journalières durant une période pendant laquelle un assuré peut prétendre une rente d'invalidité à titre rétroactif sont habilités à réclamer à l'intéressé le montant de la surindemnisation. A cet effet, ils peuvent réclamer la restitution du montant de leur créance directement aux organes de l'assurance-invalidité, lesquels déduisent ce montant de la somme correspondant aux mensualités de rentes arriérées (art. 20 al. 2 LAVS en corrélation avec l'art. 50 LAI). Par ce moyen, les assureurs-maladie ont la garantie de recevoir directement de l'administration de l'assurance-invalidité les prestations allouées rétroactivement par cette institution qui pourraient conduire à une surindemnisation (ATF 105 V 294). Par ailleurs, l'assuré peut être mis au bénéfice de mesures de réadaptation et percevoir à ce titre des
indemnités journalières de l'assurance-invalidité (cf. art. 110 LAMal).
3.
Pour refuser le versement des prestations au-delà du 31 octobre 2003, la recourante s'appuie sur l'art. 31 de son règlement de l'assurance des indemnités journalières en cas de maladie, ainsi libellé: « Après une année d'incapacité de travail, la personne assurée a l'obligation de déposer une demande de rente à l'office AI de son canton de domicile ». Elle invoque également l'art. 32 al. 2 let. a de ce même règlement, selon lequel les prestations sont refusées lorsque la personne assurée ne s'acquitte pas de ses obligations dans les délais fixés par HOTELA ou ne suit pas les instructions qui lui sont données. Elle se prévaut enfin de l'art. 43 al. 3 LPGA, relatif à l'obligation de l'assuré de renseigner et de collaborer à l'instruction de la cause, sous peine de non-entrée en matière ou de décision en l'état du dossier.
4.
4.1 Sous le régime de la LAMA, l'art. 17 al. 3 de l'ordonnance III sur l'assurance-maladie (Ord. III) prévoyait que les caisses-maladie pouvaient subordonner le versement de leurs prestations à l'annonce du cas auprès de l'assurance-invalidité. Selon la jurisprudence rendue en application de cette disposition, il convenait toutefois, pour empêcher des démarches inutiles, de limiter l'application de cette disposition aux cas où il existait une chance d'obtenir des prestations de l'assurance-invalidité (voir RJAM 1971 p. 149 n°3). Aussi bien les caisses-maladie ne pouvaient-elles se référer à l'art. 17 al. 3 Ord. III que s'il n'existait pas de doute important sur la concordance de l'incapacité de travail certifiée médicalement et l'incapacité de gain au sens de l'assurance-invalidité. En l'absence d'un tel doute, lorsque l'assuré n'avait pas annoncé le cas conformément à l'art. 17 al. 3 Ord. III, la caisse était autorisée à refuser les indemnités journalières qu'il demandait. Par ailleurs, le retrait d'une annonce à l'assurance-invalidité pouvait, d'après la jurisprudence, correspondre à la renonciation à des prestations (voir RAMA 1984 n°K 574 p. 84 et n°K 575 p. 89; 1992 n°K 897 p. 141).
4.2 L'art. 17 al. 3 Ord. III a été abrogé avec l'entrée en vigueur de la LAMal. Aucune disposition du même type ne figure dans cette loi ou dans son ordonnance d'exécution. D'autre part, la LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, règle à son art. 23 la renonciation à prestations d'assurance en ces termes:
1 L'ayant droit peut renoncer à des prestations qui lui sont dues. La renonciation peut être en tout temps révoquée pour l'avenir. La renonciation et la révocation font l'objet d'une déclaration écrite.
2 La renonciation et la révocation sont nulles lorsqu'elles sont préjudiciables aux intérêts d'autres personnes, d'institutions d'assurance ou d'assistance ou lorsqu'elles tendent à éluder des dispositions légales.
3 L'assureur confirme par écrit à l'ayant droit la renonciation et la révocation. L'objet, l'étendue et les suites de la renonciation et de la révocation doivent être mentionnés dans la confirmation.
Cette disposition ne vise que les cas par lesquels une renonciation intervient par écrit (sur les conditions de la renonciation selon l'art. 23 LPGA, voir Ghislaine Frésard-Fellay, De la renonciation aux prestations d'assurance sociale [art. 23 LPGA/ATSG], in : Responsabilité civile et assurance [REAS], 5/2002, p. 337 ss). Elle ne règle pas la question d'une renonciation tacite résultant du fait que l'assuré n'exerce pas son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, Zurich 2003, n°6 ss ad art. 23). En ce qui concerne l'annonce tardive, elle peut entraîner la péremption des droits de l'assuré. Ainsi, en matière d'assurance-invalidité, si l'assuré présente sa demande plus de douze mois après la naissance du droit, les prestations, en dérogation à l'art. 24 al. 1 LPGA, ne sont allouées que pour les douze mois précédant le dépôt de

la demande (art. 48 al. 2, première phrase, LAI).
En l'espèce, on se trouve en dehors du cas de figure envisagé par l'art. 23 LPGA. Il n'y a dès lors pas lieu d'examiner ici quels seraient les incidences d'une renonciation écrite au sens de cette disposition sur les obligations de l'assureur-maladie.
5.
5.1 En matière d'indemnités journalières selon la LAMal, la loi laisse aux assureurs le pouvoir de régler dans leurs conditions générales d'assurance certaines questions qui relèvent essentiellement des prescriptions d'ordre. En tant qu'institutions chargées d'appliquer l'assurance-maladie sociale, les assureurs-maladie sont toutefois tenus de se conformer aux principes généraux, notamment constitutionnels, régissant toute activité administrative, ce qui implique en particulier le respect de l'égalité de traitement et du principe de proportionnalité (voir p. ex. ATF 129 V 53 consid. 1.1).

En l'occurrence, une prescription relative à l'obligation de l'assuré de s'annoncer à l'assurance-invalidité après une année d'incapacité de travail, telle que prévue à l'art. 31 du règlement de la recourante, apparaît admissible, en particulier au regard de la liberté laissée aux assureurs d'élaborer leurs conditions d'assurance en matière d'indemnités journalières. Il s'agit d'une injonction raisonnable, compte tenu du bénéfice que pourrait retirer l'assuré d'éventuelles mesures de réadaptation ordonnée par l'assurance-invalidité après le dépôt de sa demande et des incidences qu'une telle annonce peut avoir sur l'étendue des obligations de l'assureur-maladie.
5.2 Par la décision litigieuse, la recourante a refusé le versement de toute prestation à partir du 1er octobre 2003 en application de l'art. 32 al. 2 let. a de son règlement. Le refus de toute prestation d'assurance apparaît excessif au regard du principe de la proportionnalité. Pour rester dans les limites de ce principe, la recourante aurait dû prononcer, en lieu et place d'un refus de prestations, la suspension des indemnités journalières aussi longtemps que l'assuré n'avait pas respecté son obligation de s'annoncer. Dès lors que la recourante avait accordé à l'intimé un délai au 31 octobre 2003 pour s'annoncer à l'assurance-invalidité (cf. courrier de la recourante du 17 octobre 2003) et que celui-ci s'est exécuté le 12 novembre suivant, la seule sanction admissible revenait à suspendre temporairement les indemnités journalières pour la période du 1er au 11 novembre 2003.
Quant à l'art. 43 al. 3 LPGA invoqué par la recourante, il ne lui est d'aucun secours, puisque cette disposition concerne les conséquences de la violation par l'assuré de ses devoirs de renseignement ou de collaboration à l'instruction et non pas l'obligation de s'annoncer à un tiers assureur.
6.
Au vu de ce qui précède, le recours n'est que très partiellement fondé. La cause doit être renvoyée à la caisse à laquelle il appartiendra de fixer le montant des prestations qui sont encore dues à l'intimé.
7.
Etant donné la nature du litige qui porte sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurance, la procédure est gratuite (art. 134 OJ). Attendu qu'elle a agi en sa qualité d'organisme chargé de tâches de droit public, la recourante ne saurait prétendre une indemnité de dépens pour l'instance fédérale (art. 159 al. 2 OJ; ATF 128 V 133, 126 V 150 consid. 4a). L'intimé, représentée par une avocate, obtient dans une large mesure gain de cause, de sorte qu'il a droit une indemnité de dépens réduite à la charge de la recourante.
8.
Une partie n'a pas le droit d'exiger que des sanctions disciplinaires au sens de l'art. 31 OJ soient prises à l'encontre de son adversaire, même si rien ne l'empêche d'attirer l'attention du tribunal sur des procédés téméraires (Poudret, COJ I, n. 1 ad art. 31). Par conséquent, la conclusion de l'intimé tendant à la condamnation de la recourante à une amende pour plaideur téméraire est irrecevable en tant que telle. Au surplus, il n'apparaît aucunement que le recours procède d'un manquement aux règles de la bonne foi justifiant une sanction disciplinaire.
Par ces motifs, le Tribunal fédéral des assurances prononce:

1.
Le recours est partiellement admis. Le jugement du Tribunal cantonal des assurances du canton de Genève du 7 avril 2005 est réformé en ce sens que la cause est renvoyée à HOTELA pour nouvelle décision conformément aux considérants du présent arrêt.
2.
Il n'est pas perçu de frais de justice.

3.
L'avance de frais d'un montant de 500 fr. versée par la recourante lui est restituée.
4.
La recourante versera à l'intimé la somme de 2200 fr. (y compris la taxe à la valeur ajoutée) à titre de dépens pour l'instance fédérale.
5.
Le Tribunal cantonal des assurances du canton de Genève statuera à nouveau sur les dépens de l'instance cantonale au regard de l'issue du procès de dernière instance.
6.
Le présent arrêt sera communiqué aux parties, au Tribunal cantonal genevois des assurances sociales, à l'Office fédéral de la santé publique et à l'Office cantonal genevois de l'assurance-invalidité.
Lucerne, le 21 décembre 2005
Au nom du Tribunal fédéral des assurances

Le Président de la Ire Chambre: La Greffière: