RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/523/2005 **ATAS/558/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 4

du 7 juin 2006

En la cause

Hoirie T_____, soit pour elle Madame T_____, domiciliée Genève, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Pierre SIEGRIST	recourante

contre

HELSANA ASSURANCES SA, Droit des assurances Suisse romande, chemin de la Colline 12, case postale 839, 1001 Lausanne	intimée

Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Doris WANGELER et Karine STECK, Juges

EN FAIT

1. Monsieur T_____, né en 1930, exploitait un commerce de fourrures. A ce titre lui-même et son personnel étaient couverts contre la perte de gain par la Caisse maladie HELVETIA, dans le cadre d'un contrat collectif d'indemnité journalière maladie. Ce contrat avait été renouvelé avec effet au 1er janvier 1994 et prévoyait, pour les employeurs, une couverture de 80% du salaire AVS non perçu, sans délai d'attente, ainsi que des salaires annuels assurés maximum de 48'000 fr. pour l'assuré et de 45'600 fr. pour son épouse.

2. En octobre 1996, l'assuré a souffert d'un cancer et a touché de manière ininterrompue des indemnités journalières du 23 octobre 1996 au 30 septembre 1997.

3. Avec effet au 1er janvier 1997 (cf. RAMA 1996 p. 235), la Caisse-maladie HELVETIA a fusionné avec l'assurance-maladie et accidents ARTISANA sous le nom d'HELSANA Assurances SA.

4. Le 12 septembre 1997, la Caisse-maladie HELVETIA a résilié le contrat collectif, avec effet au 31 décembre 1997, en raison du résultat négatif des comptes du contrat.

5. Le 6 octobre 1997, l'assuré a fait valoir auprès de la Caisse-maladie HELVETIA son droit au libre passage en assurance individuelle, pour lui et son épouse.

6. Le 14 janvier 1998, la Caisse-maladie HELVETIA lui a adressé une attestation d'assurance en indemnité journalière faisant état d'un gain assuré de 131 fr. par jour, sans délai d'attente.

7. Le 30 janvier 1998, elle lui a communiqué un décompte de prestations pour la période du 1er au 31 janvier 1998. Dès le 1er février 1998, elle n'a plus versé de prestations et n'a plus perçu de primes.

8. Par courrier du 18 février 1998, la Caisse-maladie HELVETIA a précisé que, dans le cadre de l'assurance individuelle, lorsque l'assuré avait atteint l'âge donnant droit aux prestations de l'AVS, les indemnités journalières assurées étaient versées au maximum pendant 180 jours civils durant 900 jours consécutifs. Elle a ajouté que puisque, dans le cadre de l'assurance collective, il avait déjà touché 401 indemnités au 31 décembre 1997, il ne lui était pas possible d'intervenir au titre de l'assurance perte de salaire en cas de maladie.

9. En 1998, l'assuré a subi une incapacité de travail du 1er janvier au 28 février 1998 à raison de 50%, du 13 mars au 5 mai 1998 à 100%, enfin, du 6 mai au 12 juillet 1998 à 50%.

10. Le 24 novembre 1998, l'assuré a déposé une demande en paiement de 16'964 fr. 50 devant le Tribunal de Première Instance pour les indemnités journalières réclamées du 1er février au 13 juillet 1998 en assignant l'HELVETIA Compagnie d'assurances. Par jugement du 20 mai 1999, il a été débouté de ses conclusions en tant que cette compagnie n'était pas partie au contrat assurance.

11. Le 10 février 1999, l'HELVETIA Compagnie d'assurances a transmis ledit jugement à l'HELSANA Assurances SA (ci-après : la Caisse).
12. Le 30 juillet 1999, la Caisse a confirmé à l'assuré que, dans le cadre de son passage en assurance individuelle depuis le 1er janvier 1998, la durée des prestations était limitée à 180 jours pour tout assuré en âge AVS plus jeune que 70 ans.

13. Le 20 août 1999, l'assuré a formé opposition contre cette décision. Il a conclu à la couverture par la Caisse de sa perte de gain en cas de maladie à raison de 131 fr. par jour et au versement de 16'964 fr. 50 à titre d'indemnités journalières pour l'incapacité de travail survenue du 1er février au 13 juillet 1998 avec intérêts 5% dès le 30 avril 1998.

14. Le 19 septembre 2000, l'assuré a menacé la Caisse de saisir le Tribunal administratif pour déni de justice.

15. Par décision sur opposition du 3 octobre 2000, la Caisse a rejeté l'opposition. Elle a considéré que la durée réglementaire des prestations de l'assurance collective était de 180 jours pour un homme âgé entre 65 et 70 ans. Elle a expliqué que l'assuré avait subi une incapacité de travail continue de plus de 180 jours et que les prestations touchées durant l'affiliation dans le cadre de l'assurance collective devaient être imputées sur le droit aux prestations existant en assurance individuelle. Elle a estimé en conséquence que l'assuré n'avait pas droit à des prestations au titre de l'assurance individuelle et qu'il n'y avait donc pas de motif pour le transférer dans celle-ci. Elle a ajouté que l'assureur avait renoncé d'office, à juste titre, à encaisser des primes pour l'assurance individuelle.

16. Le 2 novembre 2000, l'assuré a recouru contre ladite décision sur opposition auprès du Tribunal administratif alors compétent. Il a conclu à la condamnation de la Caisse à le couvrir en indemnité pour perte de gain à raison de 131 fr. par jour d'incapacité de travail et à lui verser le montant de 24'824 fr. 50 correspondant aux indemnités journalières pour les périodes du 1er février au 13 juillet 1998 ainsi que pour les mois d'octobre et de novembre 1999. Dans son recours, il a fait état d'une nouvelle incapacité totale de travail ayant duré du 1er octobre au 30 novembre 1999 et a précisé qu'il produirait ultérieurement un certificat médical à ce sujet.

17. Dans sa réponse du 1er décembre 2000, la Caisse a relevé que, dans le cadre du recours, elle avait pris connaissance de la nouvelle incapacité de travail de l'assuré intervenue en octobre et novembre 1999. Elle a précisé que, dans tous les cas, elle ne pouvait pas lui allouer de prestations à ce sujet dans la mesure où l'assuré n'avait annoncé ce sinistre qu'après une année, soit tardivement, ce qui entraînait la perte du droit aux prestations.

18. Par arrêt du 20 février 2001, le Tribunal administratif a considéré que l'assuré avait droit selon la LAMal à 720 indemnités journalières pendant une période de 900 jours et que les modifications de règlement ne pouvaient pas avoir d'influence sur les prestations en cours. Il a admis partiellement le recours et a renvoyé la cause à la Caisse pour qu'elle examinât si l'assuré avait droit à des indemnités journalières pour une période d'incapacité de travail ayant débuté avant le 1er janvier 1997 et qui se serait poursuivie de manière ininterrompue au-delà du 31 janvier 1998. Au surplus, il a considéré que le recours était irrecevable dans la mesure où il portait sur des prétentions que l'assureur n'avait pas eu à connaître dans le cadre de la décision sur opposition.

19. Le 30 mars 2001, l'assuré a recouru contre cet arrêt auprès du Tribunal fédéral des assurances. Il a repris les mêmes conclusions qu'en procédure cantonale sauf quant à la période pour laquelle il réclamait des indemnités journalières qu'il a circonscrite du 1er février au 13 juillet 1998. Il a reproché au Tribunal administratif de n'avoir pas examiné la question des droits acquis avec suffisamment d'attention.

20. Par arrêt du 25 juin 2001, le Tribunal fédéral des assurances a considéré que les conclusions de l'assuré tendant au paiement de montants déterminés étaient irrecevables dès lors qu'il n'y avait eu ni instruction, ni décision administrative à ce sujet. En outre, eu égard au caractère impératif des dispositions de la LAMal quant à la durée du droit aux prestations, il a estimé qu'il n'était pas possible de réduire réglementairement cette durée qui est de 720 jours sur une période de 900 jours. Il a renvoyé la cause à la Caisse pour instruction et décision sur les prestations dues à partir du 1er février 1998.

21. Le 25 septembre 2001, l'assuré a reproché à la Caisse ses lenteurs et l'a menacé à nouveau de recourir pour déni de justice.

22. Le 12 octobre 2001, la Caisse a informé l'assuré de l'existence de divergences dans ses diverses écritures quant aux périodes d'incapacité de travail, en particulier pour les mois de mai et juin 1998 ainsi que pour le 13 juillet 1998. En outre, elle lui a demandé de faire ses offres de preuve quant à l'existence d'une perte de gain dès 1998, respectivement du maintien d'une activité professionnelle.

23. Le 14 décembre 2001, l'assuré a répondu que les périodes d'incapacité de travail à prendre en considération étaient celles ressortant des deux jugements ainsi que celle courant du 29 septembre au 30 novembre 1999, attestée par certificat médical du 10 décembre 2001, et représentant 63 indemnités journalières de 131 fr., soit 8'253 fr. En outre, il a joint les bilans et comptes d'exploitation de son entreprise pour les années 1998 et 1999.

24. Le 25 janvier 2002, la Caisse a rappelé à l'assuré que le jugement cantonal avait retenu une incapacité de travail à 50% du 1er janvier au 28 février 1998, à 100% du 13 mars au 5 mai 1998 et à 50% du 6 mai au 12 juillet 1998 de sorte que leurs vues étaient concordantes à ce sujet. De plus, elle lui a indiqué qu'elle devait comparer les revenus existant avant le début de l'arrêt de travail avec ceux réalisés pendant l'incapacité de travail et qu'à cette fin, elle avait besoin des chiffres comptables pour l'exercice 1995 ainsi que d'une attestation concernant les revenus déclarés à l'AVS depuis 1995. En outre, elle a demandé à l'assuré de lui indiquer si les salaires ressortant des comptes étaient versés à lui-même ou plutôt à des employés et de lui donner des explications quant au maintien de son chiffre d'affaires, malgré son incapacité de travail.

25. Le 24 avril 2002, l'assuré a transmis à la Caisse les documents demandés. En outre, il a expliqué que son épouse avait augmenté son taux d'activité de travail lorsqu'il était tombé malade, que sa fille avait travaillé dans l'entreprise lorsque le besoin s'en faisait sentir, que son fils était venu aider après ses heures de travail et qu'une couturière avait également travaillé à la demande.

26. Par courrier du 24 mai 2002, la Caisse a informé l'assuré qu'elle admettait que sa maladie lui avait causé une perte de gain journalière du montant du gain assuré, soit de 131 fr. Elle a précisé qu'elle n'interviendrait pas pour l'arrêt de travail de 1999 en raison de l'annonce tardive de ce sinistre. Elle a transmis le dossier à son administration pour le calcul des prestations échues du 1er février au 12 juillet 1998 sous déduction des cotisations non perçues à ce jour.

27. Le 27 juin 2002, la Caisse a établi un décompte faisant état d'un montant total de prestations de 13'362 fr. et de primes de 6'682 fr. 50 du 1er février 1998 au 30 avril 2000 ainsi que de 151 fr. 20 du 1er mai au 31 décembre 2000, soit un montant net en faveur de l'assuré de 6'528 fr. 30. Elle l'a informé que, dans la mesure où son droit aux prestations n'était pas épuisé, la couverture d'assurance en indemnité journalière était maintenue, mais à raison de 10 fr. par jour dès le mois suivant ses 70 ans révolus, à savoir dès le 1er mai 2000.

28. Par courrier du 12 juillet 2002, l'assuré a contesté le décompte de la Caisse dans la mesure où elle refusait de verser des indemnités journalières pour son incapacité de travail de l'année 1999 dont le montant s'élevait à 7'860 fr. et où elle n'avait pas in-

demnisé l'incapacité entière de travail du 6 mai au 30 juin. Il a estimé que l'annonce de ce sinistre n'avait pas été tardive puisqu'il y avait un litige concernant le principe même de la couverture d'assurance ce qui expliquait que la Caisse n'avait pas demandé le paiement des primes dans l'intervalle. En outre, il a soutenu que le retard d'annonce était excusable. Par ailleurs, il a réclamé des intérêts à 5% pour l'année 1998 et 1999 ce qui représentait un montant de 4'582 fr. 25. Enfin, il a admis avoir reçu de la Caisse, le 10 juillet 2002, un montant de 6'528 fr. 30.

29. Par décision du 18 juillet 2002, la Caisse a confirmé son décompte ainsi que son refus de prendre en charge l'incapacité de travail intervenue en 1999. A cet égard, elle a relevé que l'incapacité entière de travail du 1er mai au 30 juin 1998 n'était pas attestée par le certificat médical dont se prévalait l'assuré qui concernait l'année 1997. En outre, elle a refusé de verser des intérêts en considérant que le Tribunal fédéral des assurances, dans son arrêt, n'avait pas fait mention d'intérêts à payer dès le 31 août 1999 et qu'il n'existait pas de base légale dans l'assurance-maladie pour des intérêts de retard.

30. Le 16 août 2002, le mandataire de l'assuré a formé opposition contre la décision du 18 juillet 2002. Il a conclu au versement, d'une part, de 7'991 fr. correspondant aux 61 jours d'incapacité entière de travail survenue en 1999, plus intérêts à 5% dès le 31 octobre 1999, d'autre part, d'intérêts moratoires à 5% sur les montants reconnus qui lui avaient déjà été versés. Il a soutenu que l'invocation par la Caisse d'une annonce tardive pour le sinistre de 1999 violait le principe de proportionnalité dans la mesure où le délai d'annonce avait pour seul but de permettre l'instruction du cas et d'opérer les contrôles nécessaires, soit des mesures inutiles dans son cas puisque la Caisse était parfaitement au courant de son état de santé et de sa situation professionnelle. En outre, il a estimé que le comportement dilatoire, voire abusif de la Caisse qui avait mis plus d'une année avant de rendre une décision depuis l'arrêt de renvoi du Tribunal fédéral des assurances, justifiait l'octroi d'intérêts moratoires.

31. Le 30 octobre 2002, le mandataire a informé la Caisse que l'assuré était décédé le 7 août 2002.

32. Le 27 mars 2003, ayant constaté que l'opposition était postérieure au décès de l'assuré, la Caisse a demandé au mandataire si les héritiers l'avaient mandaté pour entamer, respectivement poursuivre la procédure d'opposition, et s'ils avaient accepté la succession sans réserve.

33. Le 27 avril 2004, le mandataire a informé la Caisse que les héritiers avaient sollicité le bénéfice d'inventaire et que le délai d'acceptation sans réserve de la succession n'était donc pas échu.

34. Le 16 août 2004, le mandataire a transmis à la Caisse un certificat d'héritier daté du 17 mai 2004 instituant comme seule et unique héritière son épouse, Madame T_____ et précisant que les enfants du défunt avaient répudié la succession. En outre, il a joint une procuration de l'épouse, datée du 12 août 2004, lui donnant mandat de la représenter dans le cadre du litige avec la Caisse.

35. Par décision sur opposition du 7 février 2005, la Caisse a rejeté l'opposition. Elle a contesté que son comportement ait été dilatoire en considérant que l'instruction complémentaire que le Tribunal fédéral des assurances lui avait ordonné d'entreprendre n'avait pas excédé des délais normaux. Elle a relevé que l'assuré avait mis cinq mois pour lui transmettre les renseignements demandés. En outre, concernant l'incapacité de travail survenue en 1999, elle a rappelé qu'elle était restée sans justification médicale jusqu'à fin 2001 et que l'opposante ne pouvait donc pas soutenir que l'assuré se pensait en droit de ne pas annoncer ce sinistre à cause du litige.

36. Par acte du 7 mars 2005, la veuve de l'assuré a formé recours devant le Tribunal cantonal des assurances sociales. Elle conclut au versement, d'une part, de 3'602 fr. 50 avec intérêts à 5% dès le 30 mai 1998 pour l'incapacité entière de travail de l'assuré du 1er mai au 30 juin 1998, de 7'991 fr. avec intérêts 5% dès le 31 octobre 1999 pour l'incapacité entière de travail de l'assuré en octobre et novembre 1999, d'autre part, des intérêts moratoires à 5% sur les montants reconnus et versés en juin 2002, sous suite de dépens. A l'appui de ses conclusions, elle développe les mêmes arguments que ceux invoqués en procédure d'opposition. Elle soutient que l'assuré a été à l'incapacité entière de travail du 1er mai au 30 juin 1998 ce qui ressort d'un certificat médical qu'elle a retrouvé dans les papiers du défunt. De plus, au sujet de l'annonce tardive de l'incapacité de travail survenue en 1999, elle invoque la "réactivation" du contrat d'assurance par l'intimée, en été 2001, à la suite de l'arrêt du Tribunal fédéral des assurances, ce qui permet de considérer l'incapacité de travail de 1999 comme un cas particulier expliquant que l'assuré ait pu omettre d'adresser les justificatifs concernant cette incapacité de travail.

37. Dans sa réponse du 20 mai 2005, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle a considéré que le Tribunal ne devait pas entrer en matière sur la conclusion relative à l'incapacité entière de travail du 1er mai au 30 juin 1998 dans la mesure où la recourante n'avait pas formé opposition sur ce point qui était donc entré en force. En outre, elle a relevé que le certificat médical était contradictoire, ne concernait que le mois de juin et était daté du 15 juin 1998 de sorte qu'il avait été disponible durant la procédure administrative sans avoir été produit. De plus, elle a souligné qu'elle avait déjà versé des prestations à 100% du 1er au 5 mai 1998 et à 50% du 6 mai au 30 juin 1998. Par ailleurs, elle a invoqué le principe de l'égalité de traitement et son obligation de contrôler l'évolution des cas d'incapacité de travail pour légitimer son refus de prestation relatif à l'incapacité de travail en 1999 en raison de la violation par l'assuré des prescriptions d'annonce. Elle a ajouté que de telles prescriptions

n'étaient nullement des clauses insolites et n'avaient pas à être notifiées spécifiquement à l'assuré.

38. Dans sa réplique du 20 juin 2005, la recourante a persisté dans ses conclusions. Elle a précisé que l'assuré avait toujours soutenu avoir subi une incapacité entière de travail en mai et juin 1998, mais qu'il avait fourni par erreur un certificat médical concernant 1997 et que, vu son état de santé, cette erreur était excusable. Elle a estimé que le délai de six mois pour rendre une décision sur opposition en 2005, alors que la procédure n'impliquait aucune instruction complémentaire, était démesuré et justifiait l'octroi d'intérêts légaux.
39. L'intimée a dupliqué le 15 juillet 2005.

40. Le 18 juillet 2005, le Tribunal a transmis cette écriture à la recourante, puis a gardé la cause à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

   Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 4 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal).

   Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

3. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003 entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1, 335 consid. 1.2, 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références).

   En l'espèce, le présent recours concerne le droit à des prestations pour les années 1998 et 1999. Etant donné que les faits déterminants se sont réalisés à une date antérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA, le présent cas reste régi, sur le plan matériel, par la législation en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002. Quant aux règles de procédure, elles sont applicables, sauf dispositions transitoires contraires, à tous les cas en cours dès l'entrée en vigueur de la LPGA (ATF 131 V 314 consid. 3.3, 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

4. Selon l'art. 60 al. 1 LPGA, le délai de recours est de trente jours. Étant donné que la décision sur opposition date du 7 février 2005 et qu'elle a été reçue au plus tôt le lendemain, le recours du 7 mars 2005 a été formé dans le délai de recours échéant le 10 mars 2005. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56 et ss LPGA.

5. Le présent litige porte sur le droit à des indemnités journalières pour perte de gain, résultant de la maladie, durant les périodes du 1er mai au 30 juin 1998 et du 29 septembre au 30 novembre 1999, au sens des art. 67 ss LAMal.

6. Au sujet de la question de l'indemnisation des incapacités de travail de l'année 1998, il ressort que, dans son opposition du 16 août 2002, le recourant n'a contesté que le refus de l'intimée d'indemniser l'incapacité de travail survenue en 1999 et de verser des intérêts moratoires. Il n'a nullement contesté l'indemnisation des incapacités de travail survenues en 1998.

   Or, le principe de l'obligation d'invoquer les griefs, qui vaut en règle générale également dans la procédure d'opposition, pose une limite au principe de l'application du droit d'office. L'administration n'a à examiner la décision litigieuse que dans la mesure où elle est attaquée ou qu'elle donne lieu à un contrôle sur la base des griefs des parties ou d'après les indices ressortant des pièces (cf. ATF 119 V 347-351; RAMA 1997 295-297).

   En l'espèce, l'indemnisation des mois de mai et juin 1998 fait partie intégrante de la décision du 18 juillet 2002 et a acquis force de chose décidée puisque le décompte des prestations dues pour l'année 1998 n'a pas été contesté dans la procédure d'opposition (cf. ATFA non publié du 24 juillet 2001, U 182/01, consid. 1). En conséquence, le Tribunal de céans ne saurait entrer en matière sur le décompte des prestations dues pour 1998.

7. a) Ni la LAMal ni l'OAMal ne contiennent, sous réserve de l'art. 111 OAMal - inapplicable en l'espèce -, de disposition prescrivant aux assurés l'obligation d'annoncer sans retard à leur caisse-maladie la survenance d'un cas d'assurance, singulièrement une incapacité de travail. A fortiori, dans le régime légal, aucune sanction n'est prévue en cas d'avis tardif (cf. ATFA non publié du 2 juin 2001 K 129/00, consid. 4a et références citées).

8. b) Conformément à la jurisprudence - rendue sous l'empire de la LAMA, mais restant pleinement valable sous l'empire de la LAMal (ATF 127 V 154 consid. 4b) -, en l'absence de dispositions légales, les caisses-maladie peuvent prévoir, dans leurs statuts ou leurs règlements, des prescriptions d'ordre en matière d'obligation d'annoncer un cas d'assurance. Dans ce cadre, elles sont en particulier autorisées à refuser leurs prestations jusqu'au jour où elles reçoivent un avis en bonne et due forme, pour autant qu'on puisse raisonnablement exiger de l'assuré qu'il fasse l'annonce à temps. Toutefois, lorsque l'assuré viole son obligation d'annoncer, aucune sanction ne peut, en règle générale, être appliquée si cette violation apparaît excusable. En particulier, un retard qui n'est pas imputable à une faute ou une négligence de l'assuré ne doit pas entraîner de sanction (RAMA 1990 n° K 829 p. 4). En tant qu'institutions chargées d'appliquer l'assurance-maladie sociale, les assureurs-maladie sont toutefois tenus de se conformer aux principes généraux, notamment constitution-

nels, 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; 127 V 154 consid. 4a et b).

c) Dans le régime de l'assurance facultative d'une indemnité journalière, la LAMal (art. 67 ss) n'a pas apporté de grand changement par rapport à la réglementation qui était en vigueur du temps de la LAMA (cf. ATF 126 V 495 consid. 2b et les références). La jurisprudence ci-dessus reste donc pleinement valable sous l'empire du nouveau droit d'autant plus que celui-ci attribue désormais un rôle important - renforcé par rapport à l'ancien droit - aux médecins-conseils des assureurs pour le contrôle des prestations et des frais (ATF 127 V 43 consid. 2d et les références citées; Message du Conseil fédéral concernant la révision de l'assurance-maladie du 6 novembre 1991, FF 1992 I 172). Or, la possibilité donnée aux caisses d'instaurer des sanctions en cas d'annonce tardive vise précisément à faciliter un tel contrôle, en ce sens que celui-ci, généralement effectué avec l'aide des médecins-conseils des assureurs, sera d'autant plus aisé à mettre en oeuvre et efficace qu'il interviendra rapidement (ATFA non publié du 2 juin 2001 K 129/00, consid. 4b et références citées).

9. Les conditions générales de l'assurance facultative d'une indemnité journalière de l'HELSANA (ci-après : CGA), dans leur version - déterminante en l'espèce - en vigueur en 1999, disposent à leur art. 50 : «L'assuré doit annoncer son incapacité de travail au plus tard dans les cinq jours qui suivent l'écoulement du délai d'attente convenu. Dans les trois jours suivants, il doit envoyer une attestation d'incapacité de travail du médecin ou du chiropraticien (ch. 2). En cas d'envoi tardif, le droit à l'indemnité journalière existe au plus tôt dès réception du certificat médical (ch. 3). Les assurés doivent fournir la preuve de la perte de revenu non couverte (ch. 4). Lorsque l'incapacité de travail prend fin, une attestation sur le degré et la durée de l'incapacité de travail doit immédiatement être envoyée à HELSANA (ch. 5)».

10. Etant donné que l'assuré avait souscrit un contrat d'assurance sans délai d'attente, ces conditions signifient qu'il devait annoncer à l'intimée son incapacité de travail au plus tard cinq jours après le début de celle-ci et lui transmettre un certificat médical dans un délai de huit jours dès le début de l'incapacité de travail.

En l'espèce, l'assuré n'a informé l'intimée de l'incapacité de travail survenue en octobre et novembre 1999 que le 2 novembre 2000 et ce n'est que le 14 décembre 2001 qu'il a communiqué à la Caisse une attestation d'incapacité de travail de son médecin. En avisant l'intimée de ce nouveau sinistre une année après sa survenance, il est manifeste que l'assuré a annoncé tardivement son incapacité de travail à la Caisse. Etant donné qu'un avis tardif ne justifie pas une sanction si l'assuré peut se prévaloir d'un motif excusable, il convient d'examiner si tel est le cas.

La recourante soutient que c'est seulement à la suite de l'arrêt du Tribunal fédéral des assurances du 25 juin 2001 que l'assuré a pu faire valoir un droit à des indemnités journalières pour l'incapacité de travail survenue en 1999, en raison de l'incertitude quant à la situation juridique. Elle prétend que le contrat a été réactivé par l'intimée en été 2001 lorsqu'elle a exigé pour la première fois le paiement de primes rétroactives. En outre, elle considère qu'il s'agit d'un cas particulier dans la mesure où la maladie de l'assuré lui a fait omettre l'envoi des justificatifs. Enfin, elle invoque le principe de la proportionnalité.

Pour sa part, en se référant à son règlement, l'intimée estime que la remise du certificat médical plus de deux ans après l'incapacité de travail implique la perte du droit aux prestations pour l'ensemble de ladite incapacité. Elle invoque également le principe de l'égalité de traitement pour soutenir que même les maladies graves nécessitent un contrôle de l'évolution de l'incapacité de travail. Elle relève que même si les parties étaient en désaccord depuis 1998 sur l'ampleur des prestations couvertes, l'assuré avait communiqué tous les certificats relatifs à l'année 1998.

Quant au premier argument de la recourante, il convient de relever que l'assuré a contesté le refus de l'intimée de poursuivre le versement de ses prestations au-delà du 31 janvier 1998 parce que celle-ci considérait qu'il avait épuisé son droit aux prestations, respectivement que l'assurance avait pris fin. En contestant la position de l'intimée, l'assuré soutenait, en réalité, que le contrat d'assurance était toujours en vigueur et qu'il était toujours lié par les clauses contractuelles et réglementaires de l'intimée, y compris celles relatives aux obligations en cas d'incapacité de travail. En conséquence, si la thèse de la recourante était avérée, au mois de juin 2001, lorsque la situation juridique avait été définitivement éclaircie, l'assuré aurait dû annoncer toutes les incapacités de travail dont la couverture était incertaine, à savoir aussi bien celles survenues en 1998 qu'en 1999. Or, il ressort du dossier que l'assuré a annoncé toutes ses incapacités de travail de l'année 1998 au plus tard lors de l'audience d'introduction devant le Tribunal de Première Instance, soit le 4 février 1999 et non pas à mi-juin 2001. De plus, il est incompréhensible qu'il ait respecté ses obligations pour les incapacités de travail survenues en 1998, qui ont toutes été annoncées et justifiées auprès de l'intimée, et non pas pour celles d'octobre et novembre 1999 ce qui démontre que la thèse de la recourante n'est pas plausible. En définitive, l'absence d'annonce de l'incapacité de travail survenue en 1999 apparaît comme étant due à une négligence de l'assuré et non pas à l'insécurité de la situation juridique prévalant entre lui et la Caisse.

La recourante prétend également que l'assuré a pu omettre d'envoyer son certificat médical parce qu'il était très atteint dans sa santé. Cet argument implique que tout assuré souffrant d'une grave maladie aurait une justification pour annoncer tardivement son incapacité de travail à son assurance. Or, cette situation aurait pour conséquence que l'assureur serait dans l'impossibilité, pour toute cette catégorie d'assurés, d'effectuer les contrôles nécessaires au versement de prestations, ce qui

n'est pas admissible. De plus, non étayées, ces allégations ne sont guère convaincantes dès lors que le Tribunal ne voit pas en quoi le cas de l'assuré se différencierait de celui des autres assurés souffrant d'une grave maladie et remplissant néanmoins leurs obligations réglementaires vis-à-vis de l'assurance. Au demeurant, l'assuré avait un mandataire et une épouse qui auraient été en mesure, si cela avait été nécessaire, d'envoyer ce document à sa place, de sorte que cet argument n'est pas davantage convaincant.

Enfin, l'assuré prétend également que la sanction opérée par l'intimée viole le principe de proportionnalité. Or, dans un cas similaire, où l'assurée avait annoncé son incapacité de travail avec près de cinq mois de retard, le Tribunal fédéral des assurances a confirmé le droit de l'assurance de ne verser aucune prestation conformément à son règlement, sans constater que cette sanction violerait le principe de la proportionnalité (ATFA non publié du 2 juin 2001 K 129/00, consid. 4 c). Cette solution s'impose a fortiori dans le présent cas étant donné que le retard de l'annonce est d'une année et non pas de cinq mois. En conséquence, cet argument ne peut pas davantage être admis.

11. Il reste à examiner la question des intérêts moratoires selon la réglementation prévalant avant l'entrée en vigueur de la LPGA puisque l'état de faits déterminant est antérieur à 2003.

a) Dans le domaine du droit des assurances sociales, le Tribunal fédéral des assurances considère depuis longtemps déjà qu'il n'y a en principe pas place pour des intérêts moratoires, dans la mesure où ils ne sont pas prévus par la législation. La principale raison de l'exclusion de la dette d'intérêts dans ce domaine réside dans le rôle dévolu à l'administration. Celle-ci se présente comme détentrice de la puissance publique chargée d'instruire, parfois longuement, les demandes de prestations émanant des particuliers et de leur appliquer le droit de manière objective. Lui imposer systématiquement des intérêts moratoires reviendrait à la pénaliser pour avoir accompli son devoir avec soin. Quant à l'assuré, la règle de l'égalité des parties commande de le dispenser lui aussi du paiement d'intérêts de retard lorsqu'il a défendu ce qu'il estimait être son droit. De manière générale, on peut dire qu'il faut laisser l'administration exercer ses fonctions et l'assuré défendre ses droits sans craindre de devoir verser des intérêts moratoires. On ne saurait cependant laisser sans aucune sanction des manoeuvres illicites ou purement dilatoires. L'octroi d'intérêts de retard, dans ces hypothèses, se justifie même dans le domaine des assurances sociales, mais il ne doit intervenir qu'avec retenue. Il a ainsi été considéré qu'il n'y avait pas lieu d'admettre une obligation générale de verser des intérêts dans des groupes de cas et que seules des situations particulières pouvaient, à titre exceptionnel, donner lieu à un tel résultat, quand le sentiment du droit est heurté de manière particulière (ATF 119 V 81 ss consid. 3 et 4, ainsi que les arrêts cités; RAMA 2000 U 360 p. 34 consid. 3a). Cette jurisprudence a été confirmée par le Tribunal

fédéral des assurances, après un examen attentif des critiques qu'elle a suscitées en doctrine (RAMA 2000 no U 360 p. 35 consid. 3c).

b) La LAMal ne prévoit pas le versement d'intérêts moratoires (arrêt non publié K. du 29 décembre 1998, K 145/98; EUGSTER, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, p. 113, n° 224).

c) Il y a retard injustifié de la part de l'autorité lorsqu'elle diffère sa décision au-delà de tout délai raisonnable. Le caractère raisonnable de la durée de la procédure s'apprécie en fonction des circonstances particulières de la cause. Il faut notamment prendre en considération l'ampleur et la difficulté de celle-ci, ainsi que le comportement du justiciable, mais non des circonstances sans rapport avec le litige, telle une surcharge de travail de l'autorité (ATF 125 V 191 consid. 2a). En particulier, il appartient au justiciable d'entreprendre ce qui est en son pouvoir pour que l'autorité fasse diligence, que ce soit en l'invitant à accélérer la procédure ou en recourant, le cas échéant, pour retard injustifié (ATF 107 Ib 155 consid. 2b et c p. 158 s.). Cette obligation s'apprécie toutefois avec moins de rigueur en procédure pénale et administrative (ATFA non publié du 15 juin 2005, I 241/04, consid. 3.2.1 et les références citées). On ne saurait par ailleurs reprocher à une autorité quelques temps morts; ceux-ci sont inévitables dans une procédure (cf. ATF 124 et 119 précités). Dans le cadre d'une appréciation d'ensemble, il faut également tenir compte du fait qu'en matière d'assurances sociales le législateur accorde une importance particulière à une liquidation rapide des procès (ATF 126 V 249 consid. 4a).

d) Selon la jurisprudence, le comportement d'un magistrat ou d'un fonctionnaire est illicite lorsqu'il viole des injonctions ou des interdictions de l'ordre juridique destinées à protéger le bien lésé. Toute illégalité ne peut cependant pas être qualifiée d'acte illicite lorsque l'on a affaire non pas à une action matérielle illégale, mais à une décision administrative. Comme en matière de responsabilité du juge, on doit considérer que si l'autorité ou le magistrat a interprété la loi, fait usage de son pouvoir d'appréciation ou de la latitude que lui laisse une notion juridique imprécise, d'une manière conforme à ses devoirs, son activité ne peut pas être tenue pour illicite du seul fait que son appréciation ou son interprétation n'est pas retenue par une autorité supérieure ou de recours saisie du cas par la suite. Pour qu'une décision puisse être qualifiée d'illicite, il faut une violation grave du droit, réalisée par exemple lorsque le magistrat ou l'autorité abuse de son pouvoir d'appréciation ou l'excède, lorsqu'il viole un texte clair, méconnaît un principe général du droit, n'instruit pas un dossier correctement ou agit par malveillance (ATF 112 II 234 consid. 4 et les références citées, ATFA non publié du 11 octobre 2005, I 359/05, consid. 3.1).

12. Il reste donc à examiner si la situation particulière justifie qu'il soit calculé des intérêts moratoires, sous l'angle de la jurisprudence qui vient d'être rappelée.

Dans sa décision sur opposition, l'intimée a contesté avoir eu un comportement dilatoire estimant qu'elle avait procédé à l'instruction complémentaire requise par le Tribunal fédéral des assurances dans des délais normaux étant donné que l'assuré avait mis cinq mois pour lui transmettre les documents qu'elle avait requis. Pour sa part, la recourante soutient que l'intimée a tout fait pour compliquer inutilement la procédure et a adopté un comportement dilatoire.

A la suite de l'arrêt rendu le 25 juin 2001 par le Tribunal fédéral des assurances, la cause a été renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Le 25 septembre 2001, l'assuré a sollicité le versement litigieux faisant suite à l'arrêt du Tribunal fédéral des assurances du 25 juin 2001, et, à défaut, a menacé l'intimée de recourir pour déni de justice. L'instruction achevée, l'intimée a rendu une nouvelle décision, le 18 juillet 2002, après avoir versé à l'assuré, le 10 juillet 2002, un montant de 6'528 fr. 30. La recourante ayant formé opposition contre cette décision, la Caisse a émis une décision sur opposition le 7 février 2005.

Dans cette procédure qui a duré moins de dix mois entre la requête de l'assuré envoyée à l'intimée le 25 septembre 2001 et la nouvelle décision du 18 juillet 2002, respectivement le versement des arriérés de prestations, on ne voit pas que l'intimée ait usé de manoeuvres illicites ou purement dilatoires lors du traitement du dossier. Certes, l'administration n'a pas donné immédiatement satisfaction à l'assuré. Elle lui a cependant précisé les raisons pour lesquelles elle ne pouvait pas répondre tout de suite et avec précision à sa demande. On ne saurait déduire de ces circonstances que les mesures d'instruction mises en oeuvre visaient à gagner du temps dans le but de permettre à la Caisse de se soustraire le plus longtemps possible à ses obligations. En effet, il ne peut être reproché à l'administration d'avoir souhaité rendre des décisions claires et précises qui ne donnent pas lieu à d'autres contestations. Tout au plus, peut-on faire grief à l'administration d'avoir attendu quelque peu avant de requérir la production des comptes de l'assuré, son inaction n'a cependant pas retardé de façon intolérable la procédure. Par ailleurs, le même reproche peut être formulé envers l'assuré qui, d'une part, a laissé s'écouler deux mois avant de transmettre ses comptes des années 1998 et 1999 dont il était pourtant déjà en possession puisqu'il s'agissait des comptes des deux, respectivement, trois années précédentes, d'autre part, a répondu au bout de trois mois aux renseignements complémentaires requis par l'intimée. En définitive, on doit admettre que l'administration n'a pas violé le principe de la célérité ni statué avec un retard injustifié.

Quant à la procédure sur opposition, en tant qu'elle ne visait que les questions de l'indemnisation pour l'année 1999 et du versement d'intérêts moratoires, soit des prestations qui ont été refusées par l'intimée, refus qui est confirmé par le Tribunal de céans, la question d'un retard injustifié dans le cadre de la procédure sur opposition ne se pose pas.

13. Au vu de ce qui précède, le recours s'avère mal fondé.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. N'entre pas en matière sur la prétention concernant l'année 1998.

3. Rejette le recours au surplus.

4. Dit que la procédure est gratuite.

5. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

Le greffier | La Présidente :

Walid BEN HAMER | Juliana BALDE

Le secrétaire-juriste : Philippe LE GRAND ROY

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le