

du 4 novembre 2003

2ème section

dans la cause

Monsieur _____ M _____

_____ contre

MUTUELLE VALAISANNE - GROUPE MUTUEL

EN FAIT

1. Monsieur _____ M_____, né en 1946, domicilié à Genève, exerçant la profession d'expert comptable indépendant, est assuré auprès de la Mutuelle Valaisanne, caisse-maladie, membre du Groupe Mutuel (ci-après : la caisse), en application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10).

Outre l'assurance obligatoire des soins, il bénéficie notamment d'une assurance facultative d'indemnités journalières, soumise à la LAMal (catégorie BC).

2. Le 9 juillet 2002, M. M_____ a annoncé à la caisse un cas de maladie générant une incapacité totale de travail dès le 29 mai 2002.

A la demande de la caisse, il a rempli une déclaration d'incapacité de travail en date du 9 août 2002 dans laquelle il déclarait souffrir de dépression et de maux divers dès le 29 mai 2002. Il était suivi par le Dr Anner à Genève et avait été hospitalisé aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) du 9 au 28 juillet 2002.

3. Dans un rapport du 15 août 2002, le Dr Gache de l'unité d'alcoologie HUG a confirmé au Dr Beauverd de la policlinique de médecine HUG qu'il avait accueilli M. M_____ dans son unité d'alcoologie au Petit-Beaulieu dans le cadre d'une cure pour la prise en charge de ses problèmes d'alcool du 9 au 29 juillet 2002. M. M_____ souffrait de dépendance à l'alcool, de troubles dépressifs récurrents; il était aveugle de l'oeil gauche depuis la naissance et souffrait d'une amblyopie. Le sevrage d'alcool s'était déroulé sans complication. Une psychothérapie avait été mise en place. M. M_____ était d'accord de participer régulièrement au groupe d'entraide du Petit-Beaulieu pour une durée de sept mois au minimum, il avait accepté un suivi médical à la consultation du Dr Beauverd, un suivi médical à la consultation du Dr Anner et une psychothérapie au Petit-Beaulieu.

4. Par courrier du 20 août 2000, la caisse a informé M. M_____ qu'elle avait invité le Dr Anner à fournir à son médecin-conseil de plus amples renseignements d'ordre médical. A réception de ces informations, elle le

renseignerait sur le droit aux prestations pour perte de gain et procéderait le cas échéant à l'indemnisation.

5. Le 4 septembre 2002, le Dr Anner a adressé un rapport médical initial à la caisse. Le diagnostic motivant l'incapacité de travail était un trouble dépressif récurrent. Une demande à l'assurance-invalidité (AI) était en cours. Le patient avait commencé un traitement en alcoologie aux HUG en mai 2002 et c'était dans ce contexte qu'il l'avait vu pour la première fois le 13 juin 2002. Il était également suivi par le Dr Beauverd de la policlinique de médecine HUG. Il était hautement improbable qu'il reprenne le travail prochainement.
6. La caisse a soumis le dossier à son médecin-conseil, le Dr Pierre-Hervé Tavelli. Dans une note du 19 septembre 2002, celui-ci a confirmé qu'à son sens l'alcoolisme était le problème prédominant.
7. Par décision formelle du 7 octobre 2002, la caisse a informé M. M_____ qu'elle effectuait une réduction de 20 % sur le versement des prestations pour l'indemnité journalière avec effet rétroactif au 29 mai 2002. Selon la jurisprudence, dans le cas d'abus d'alcool, il y avait faute grave lorsque l'assuré était capable de discernement (ATF 111 V 189 consid. 2c). Tel était le cas en l'espèce et il fallait admettre que l'atteinte à la santé découlait d'une faute grave.
8. Le 1er novembre 2002, M. M_____ a informé la caisse qu'il n'était pas d'accord avec ses arguments. Avant de motiver son opposition, il a acheminé à la caisse deux certificats médicaux dont elle n'avait certainement pas eu connaissance (attestation du 20 septembre 2002, Dr Petrovic, ophtalmologue, et certificat médical du 24 octobre 2002, Dr Corvaglia, HUG). Le premier de ces documents établit que M. M_____ souffre d'une amblyopie profonde de l'oeil gauche susceptible de le déranger fortement pour le travail à l'ordinateur et le second qu'il présente des troubles ostéo-articulaires d'ordre dégénératif au niveau cervical et des épaules, avec syndrome radiculaire au niveau du membre supérieur droit pouvant rendre difficile le port de charges et le maintien pendant plusieurs heures de la même position.
9. Par acte du 15 novembre 2002, M. M_____ a formé opposition à la décision de réduction des

prestations journalières pour faute grave. L'alcoolisme était considéré comme une maladie. Il avait décidé de se soigner et, pour ce faire, il avait subi une cure aux HUG.

Il a complété son opposition le 16 décembre 2002 relevant que la décision de réduction de prestations ne reposait sur aucune base légale.

10. Par courrier du 19 décembre 2002, la caisse a prié le Dr Anner de remplir un rapport médical et de le retourner à son médecin-conseil, le Dr Tavelli et cela dans les 15 jours.
11. Le 5 janvier 2003, le Dr Filliez, médecin-conseil de la caisse, a confirmé que la décision de diminuer les prestations journalières de M. M_____ devait être maintenue au vu du dossier.
12. Par décision du 21 janvier 2003, la caisse a rejeté l'opposition pour les motifs précédemment exposés.
13. Le 27 janvier 2003, le Dr Anner a retourné à la caisse le rapport médical intermédiaire sollicité le 19 décembre 2002. Le diagnostic motivant l'incapacité de travail était l'amblyopie profonde à l'oeil gauche, les douleurs dorsales récidivantes allant en s'aggravant, les nuchalgies et les troubles du bassin empêchant le port de charges. M. M_____ était connu pour troubles dépressifs récurrents traités depuis 1978 par le Dr Lagier. Vu la situation clinique, il semblait hautement improbable que le patient puisse reprendre une activité professionnelle. Le taux d'incapacité de travail de 100 % établi le 29 mai 2002 perdurait.
14. M. M_____ a saisi le Tribunal administratif, fonctionnant comme tribunal cantonal des assurances, d'un recours par acte du 21 février 2003.

S'il était exact que dans la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 13 juin 1911 (LAMA), il était prévu une réduction des prestations en cas de faute grave, cela n'était plus le cas dans le cadre de la LAMal. La base légale avait été réintroduite avec la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1), en vigueur depuis le 1er janvier 2003. Il n'existait donc aucune base légale permettant la réduction des prestations jusqu'au 31 décembre 2002. A compter du 1er janvier 2003,

une réduction des prestations n'était possible que si l'assuré avait aggravé le risque assuré ou en avait provoqué la réalisation intentionnellement. Or, tel n'était pas son cas. Il a conclu à l'annulation de la décision querellée.

15. Dans sa réponse du 10 avril 2003, la caisse s'est opposée au recours.

En application de l'article 30 chiffre 2 lettre d des conditions générales de l'assurance obligatoire des soins et de l'assurance facultative d'indemnités journalières, les prestations pouvaient être réduites, et dans les cas particulièrement graves refusées, pour les maladies imputables à une faute grave de l'assuré. Les conditions particulières de la catégorie BC en son article 8 stipulaient au chiffre 1 lettre b qu'en cas de provocation de l'événement par négligence grave, les prestations étaient réduites.

Dans le cadre de la LAMal, le législateur était resté dans le domaine de l'assurance facultative d'indemnités journalières à une réglementation très sommaire qui laissait la place à un régime semblable à celui mis à l'époque par la LAMA. Ainsi, en application de la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances (TFA) rendue sous l'empire de la LAMA, la réduction de 20 % devait être confirmée.

EN DROIT

1. a. La loi modifiant la loi sur l'organisation judiciaire du 14 novembre 2002, par laquelle a été créé un tribunal cantonal des assurances sociales, est entrée en vigueur le 1er août 2003. Dès cette date, le Tribunal administratif ne fonctionne plus comme tribunal cantonal des assurances. Cependant, en vertu de l'article 3 alinéa 2 de ladite loi, les causes introduites devant le Tribunal administratif avant l'entrée en vigueur de la loi sont instruites et jugées par cette juridiction.
 - b. Interjeté en temps utile devant la juridiction compétente, le recours est recevable (art. 56C litt. a de la loi sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 - LOJ - E 2 05; art. 86 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 - LAMal - RS 832.10).
2. La loi fédérale sur la partie générale du droit

des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003 entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-maladie. Ce nonobstant, le cas d'espèce reste régi par les dispositions de la LAMal, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, eu égard au principe sur lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (art. 82 LPGA; ATF 127 V 467 consid. 1; ATA L. du 25 mars 2003 et les références citées).

3. La question litigieuse est celle de savoir si dans le cadre de la LAMal, l'alcoolisme est un facteur de réduction des prestations d'une part, et quelles sont les conséquences de l'entrée en vigueur de la LPGA d'autre part.
4. Aux termes de l'article 68 lettre f du code européen de sécurité sociale (CESS), en vigueur pour la Suisse depuis le 17 septembre 1978 (RO 1978 II 1518), et de l'article 69 lettre f de la Convention OIT no 102 concernant la norme minimum de la sécurité sociale du 28 juin 1952, en vigueur pour notre pays depuis le 18 octobre 1978 (RO 1978 II 1626), les prestations d'assurance sociale auxquelles une personne aurait droit peuvent être "suspendues", c'est-à-dire refusées ou retirées, lorsque l'éventualité a été provoquée "par une faute intentionnelle de l'intéressé". Il en résulte, a contrario, que les prestations ne peuvent être "suspendues" en cas de faute non intentionnelle de l'intéressé (ATF 120 V 128 p. 130).

Dans un arrêt du 25 août 1993, le TFA a jugé que les normes précitées étaient directement applicables en droit interne (ATF 119 V 171). Cette jurisprudence, rendue dans le cadre de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20), est également applicable dans le cadre de la LAMal, vu la clause générale de l'article 68 CESS, disposition normative expressément visée par le TFA.

Le TFA a confirmé cette jurisprudence dans un arrêt ultérieur du 17 novembre 1993 (ATF 119 V 410), puis encore le 21 février 1994 (ATF 120 V 128 précité).

5. Une des conséquences de l'application directe des règles conventionnelles a été que le TFA est revenu sur sa jurisprudence antérieure puisque dès lors, seule une

faute intentionnelle permettait une réduction des prestations d'assurance. Il a ainsi abandonné la jurisprudence élaborée sous l'empire de la LAMA, selon laquelle l'alcoolisme en tant que tel constituait une faute grave emportant réduction des prestations (ATFA du 26 février 1982). Il résulte de l'arrêt de 1993 cité plus haut, que la faute intentionnelle ne se conçoit guère dans les cas d'alcoolisme ou de tabagisme chronique.

6. Selon l'article 67 LAMal, toute personne domiciliée en Suisse ou qui y exerce une activité lucrative, âgée de quinze ans révolus, mais qui n'a pas atteint 65 ans, peut conclure une assurance d'indemnités journalières au sens de l'article 68 de la loi.

Aux termes de l'article 72 LAMal, le droit à l'indemnité journalière prend naissance lorsque l'assuré a une capacité de travail réduite au moins de moitié.

Les indemnités journalières doivent être versées, pour une ou plusieurs maladies, durant au moins 720 jours ans une période de 900 jours (art. 72 al. 3 LAMal).

7. a. La LAMal a instauré le système de l'assurance obligatoire des soins. Elle ne contient aucune disposition permettant de réduire ou supprimer les prestations en cas de faute.

Il résulte de la jurisprudence du TFA étudiée ci-avant que seule une faute intentionnelle emporte réduction des prestations.

- b. Aux termes de l'article 21 alinéa 1 LPGA, si l'assuré a aggravé le risque assuré ou en a provoqué la réalisation intentionnellement ou en commettant intentionnellement un crime ou un délit, les prestations en espèces peuvent être temporairement ou définitivement réduites ou, dans les cas particulièrement graves, refusées.

Plusieurs imperfections de la version française du texte légal précité ont été discutées par la doctrine, leurs implications pratiques étant non négligeables. En particulier, Gabriel STEFFEN a relevé que cette version posait un problème en prévoyant qu'en cas d'aggravation du risque, les prestations pouvaient être également refusées ou réduites, sans préciser que cela ne serait possible qu'en cas d'aggravation intentionnelle. Se référant à la version allemande, elle est arrivée à la

conclusion que la possibilité de réduction ou de refus des prestations en espèces ne pouvait être étendue, par le biais de cette disposition, aux cas de négligence grave (Droit aux soins et rationnement, approche d'une définition des soins nécessaires, Berne 2002, p. 174).

Bettina KAHIL-WOLFF s'exprime dans le même sens. Pour cette auteure, l'intention du législateur a été d'exclure une réduction des prestations en cas de simple négligence - fût-elle grave - non en cas de faute intentionnelle (La partie générale du droit des assurances sociales, colloque de Lausanne, 2002, p. 120).

Il résulte de ce qui précède que dans le cadre de la LPGA, seule une faute commise intentionnellement entraîne une réduction des prestations en matière d'assurance-maladie facultative d'indemnité journalière.

8. Dans un arrêt du 19 décembre 1998, le TFA a laissé ouverte la question de savoir si, en matière d'assurance facultative d'indemnité journalière, le principe d'autonomie reconnu aux caisses par la LAMA a subsisté dans le régime de la LAMal (ATF 124 V pp. 356 ss).

Commentant cet arrêt, le Professeur Jean-Louis Duc est arrivé à la conclusion que la LAMal a gardé, en ce qui concerne l'assurance facultative d'une indemnité journalière, le caractère de loi-cadre : il s'ensuit dès lors qu'il sied de réserver, dans ce domaine, une éventuelle réglementation interne des assureurs, qui serait selon lui licite (Jean-Louis DUC, La faute, les dangers extraordinaires et les entreprises téméraires dans la LAMal, SZS 2000, p.82). Pour cet auteur, dans l'assurance d'une indemnité journalière, les dispositions internes peuvent prévoir des sanctions, qui devront résister à un examen sous l'angle du principe de la proportionnalité. Dans ce domaine, les principes posés par le TFA sous l'empire de la LAMal ont conservé toute leur valeur (Quelques réflexions relatives à l'assurance d'une indemnité journalière selon la LAMal, SZS 1998, p. 251, notamment 271).

Pour sa part, le Tribunal administratif est d'avis que le principe d'autonomie des caisses ne doit pas conduire à admettre une réglementation contraire à la loi.

9. L'article 8 des conditions particulières de l'assurance individuelle d'une indemnité journalière de

la caisse prévoit en son chiffre 1 que les prestations sont réduites en cas de provocation de l'événement assuré par négligence grave ou lors de la perpétration d'un acte délictueux (let. b).

10. En l'espèce, il convient de se demander si la condition de faute intentionnelle nécessaire pour présider à la réduction des prestations d'assurance est remplie.

Il résulte du rapport médical du Dr Gache que le recourant a eu un premier contact avec l'alcool à vingt ans, puis une consommation restée stable, surtout de manière compulsive avec des crises d'alcoolisation sévères. En mai 2002, le recourant a chuté dans la rue et a été amené aux urgences. Dans ce contexte, la prise en charge de ses problèmes d'alcool a été élaborée et le recourant a accepté de se soumettre à une cure de désintoxication avec un suivi postcure. Aucun élément du dossier ne permet de conclure à l'existence chez le recourant d'une volonté délibérée et consciente de s'adonner à l'alcool dans une mesure propre à provoquer un état maladif. Au vu de la jurisprudence du TFA, la faute du recourant ne peut être considérée comme intentionnelle, fût-ce par dol éventuel.

11. Il s'ensuit que la mesure de réduction des prestations telle qu'opérée par la caisse doit être supprimée. Pour la situation prévalant jusqu'au 31 décembre 2002, les conditions générales de la caisse sont en contradiction avec les normes de droit international directement applicables. Elles sont également contraires à l'article 21 alinéa 1 LPGA, en vigueur depuis le 1er janvier 2003.

12. Le recours sera admis.

Vu la nature de la cause, il ne sera pas perçu d'émolument (art. 87a LAMal; 61a LPGA). Le recourant agissant en personne et n'alléguant pas avoir exposé des frais particuliers pour sa défense, il ne lui sera pas alloué d'indemnité.

PAR CES MOTIFS
le Tribunal administratif
à la forme :

déclare recevable le recours
interjeté le 21 février 2003 par Monsieur _____

M_____ contre la décision de la Mutuelle Valaisanne -
Groupe Mutuel du 21 janvier 2003;

au fond :

l'admet;

annule la décision sur opposition
du 21 janvier 2003;

renvoie la cause à la caisse pour
nouvelle décision dans le sens des considérants;

dit qu'il n'est pas perçu
d'émolument, ni alloué d'indemnité;

dit que, conformément aux articles
97 et suivants de la loi fédérale d'organisation
judiciaire, le présent arrêt peut être porté, par voie de
recours de droit administratif, dans les trente jours dès
sa notification, auprès du Tribunal fédéral des
assurances. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire de
recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal
fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne;

communiqué le présent arrêt à
Monsieur _____ M_____, à la Mutuelle Valaisanne -
Groupe Mutuel et à l'Office fédéral des assurances
sociales.

Siégeants : M. Paychère, président, M. Thélin, Mme Bovy,
juges.

Au nom du Tribunal administratif :
la greffière-juriste adj. : le vice-président :

M. Tonossi

F. Paychère

Copie conforme de cet arrêt a été communiquée aux
parties.

Genève, le

la greffière :

Mme M. Oranci

