Eidgenössisches Versicherungsgericht
Tribunale federale delle assicurazioni
Tribunal federal d'assicuranzas

Cour des assurances sociales
du Tribunal fédéral

Cause
{T 7}
K 2/04

Arrêt du 14 février 2005
IIIe Chambre

Composition
Mme et MM. les Juges Leuzinger, Présidente, Lustenberger et Kernen. Greffière : Mme Moser-Szeless

Parties
B._____, recourant, représenté par Me Aba Neeman, avocat, place de l'Eglise 2, 1870 Monthey,

contre

Groupe Mutuel Assurances, Service juridique, rue du Nord 5, 1920 Martigny, intimé

Instance précédente
Tribunal cantonal des assurances, Sion

(Jugement du 20 novembre 2003)

Faits:
A.
B._____ a travaillé au service de l'entreprise E._____ SA jusqu'au 31 janvier 2002. A ce titre, il était affilié depuis le 1er août 2001 à la Mutuelle Valaisanne, Assurance maladie et accident, membre du Groupe Mutuel Assurances (ci-après : la caisse), dans le cadre d'un contrat d'assurance collective conclu par son employeur, pour une indemnité journalière en cas d'incapacité de travail couvrant 80 % du gain assuré (après un délai d'attente de 2 jours). A partir du 1er février 2002, il a été assuré à titre individuel pour une indemnité journalière en cas de maladie de 123 fr. 30, assortie d'un délai d'attente de 30 jours.

En raison d'un état dépressif avec, notamment, fatigue majeure, troubles du sommeil importants, humeur dépressive et tension interne, B._____ a présenté une incapacité de travail totale à partir du 1er février 2003, attestée par les docteurs M._____ et G._____, médecins des Institutions psychiatriques de O._____.

Après avoir recueilli des renseignements médicaux complémentaires, notamment auprès du docteur A._____, spécialiste FMH en médecine interne, la caisse a, par décision du 24 juin 2003, instauré une réserve rétroactive pour «état dépressif», d'une durée de cinq ans (du 1er août 2001 au 31 juillet 2006), pour cause de réticence. Cette mesure était motivée par le fait que B._____ avait, dans la déclaration d'adhésion qu'il avait signée le 22 octobre 2001, répondu de manière négative à la question de savoir s'il avait déjà été malade ou accidenté; ce faisant, il avait omis de signaler avoir souffert d'un état dépressif pour lequel il avait été traité en octobre 2000 par le docteur A._____. Par ailleurs, la caisse a refusé de verser les indemnités journalières, dès lors que l'incapacité de travail survenue à partir du 1er février 2003 avait été occasionnée par l'affection concernée par la réserve. Saisie d'une opposition de l'assuré, la caisse l'a écartée par décision sur opposition du 8 août 2003.
B.
Par jugement du 20 novembre 2003, le Tribunal cantonal valaisan des assurances a rejeté le recours formé par

B._____ contre la décision sur opposition du 8 août 2003.
C.
B._____ interjette recours de droit administratif contre ce jugement, en concluant à son annulation, ainsi qu'à celle de la réserve instituée par la caisse; il demande également l'allocation des indemnités journalières et requiert par ailleurs le bénéfice de l'assistance judiciaire.

La caisse conclut au rejet du recours, tandis que l'Office fédéral de la santé publique a renoncé à se déterminer.

Considérant en droit:
1.
1.1 Le litige porte d'une part sur la validité de la réserve d'assurance rétroactive instaurée par l'intimée et, d'autre part, sur le refus de prestation fondé sur cette réserve.
1.2 Les litiges portant sur l'institution d'une réserve d'assurance ne concernent pas l'octroi ou le refus de prestations d'assurance. Dans ce domaine, le pouvoir d'examen du Tribunal fédéral des assurances se limite donc aux griefs qui peuvent être invoqués en vertu des art. 104 let. a et b et 105 al. 2 OJ. Cependant, il arrive fréquemment que dans la même procédure de recours soit également litigieux, outre la réserve qui en constitue le motif, le refus de prestations de la caisse. Il faut alors examiner les deux questions de droit litigieuses en se fondant sur le même état de fait, que le Tribunal fédéral des assurances revoit avec un pouvoir d'examen étendu au sens de l'art. 132 OJ (principe de l'attraction). En revanche, l'appréciation juridique dépend de la nature de chacun des points litigieux: pour le litige en matière de prestations, le tribunal n'est pas lié par les conclusions des parties et peut examiner l'opportunité de la décision attaquée; le problème de la réserve ne peut, quant à lui, être examiné que sous l'angle de l'art. 104 let. a OJ et, conformément à l'art. 114 al. 1 OJ, le tribunal est lié par les conclusions des parties sur ce point (ATF 108 V 247 consid. 1b; RAMA 1986 n°K 687 p. 312).
2.
Le jugement entrepris expose correctement les règles légales et jurisprudentielles applicables en matière de réticence dans l'assurance facultative d'indemnités journalières sous le régime de la LAMal, de sorte que l'ont peut y renvoyer. Il suffit de rappeler que la jurisprudence qualifie de réticence le fait de ne pas annoncer à la caisse, en passant sous silence de manière fautive, une maladie existante ou une maladie antérieure sujette à rechute, que l'assuré connaissait ou devait connaître en faisant preuve de l'attention qu'on pouvait exiger de lui (ATF 125 V 293 consid. 2 et les références). L'obligation de renseigner ne s'étend toutefois pas à des indispositions survenues sporadiquement, qu'en toute bonne foi l'intéressé pouvait considérer comme des atteintes passagères et sans importance à son bien-être et que l'attention requise ne lui commande pas d'annoncer (ATF 109 V 38 consid. 1b et l'arrêt cité). L'étendue de l'attention qu'on peut attendre de l'assuré dépend entre autres circonstances de la précision du questionnaire qui lui est adressé par la caisse; il faut juger avec plus de sévérité le silence de l'intéressé lorsque le questionnaire est établi de manière minutieuse et concrète que lorsqu'il invite à fournir des
renseignements sommaires et abstraits (ATF 96 V 4 consid. 3, ATFA 1967 p. 129; RJAM 1978 n°309 p. 9).
3.
La juridiction cantonale a considéré que B._____ avait commis une réticence, en répondant négativement à la question lui demandant s'il avait déjà été malade ou accidenté par le passé. Elle a accordé un poids décisif au certificat du docteur A._____ qui attestait avoir traité le recourant en octobre 2000 pour état dépressif. Or, ce trouble constituait une maladie sujette à rechute, pour laquelle le médecin avait prescrit une médication anti-dépressive, ce que l'assuré n'était pas fondé, selon les premiers juges, à passer sous silence au moment de demander son affiliation.

Le recourant objecte qu'il s'était rendu chez le docteur A._____ en octobre 2000 pour une consultation en raison d'une affection minime qui n'avait pas eu d'effet sur sa capacité de travail, ni n'avait entraîné un suivi médical, hormis la prise de médicaments. Il pouvait dès lors en toute bonne foi partir de l'idée, au moment de remplir la déclaration d'adhésion à la caisse-maladie une année plus tard, qu'il n'avait pas souffert d'une quelconque maladie par le passé. Par ailleurs, son dossier médical transmis par le docteur A._____ au docteur W._____ ne contenait aucune mention d'une maladie, comme l'avait attesté ce dernier, si bien que les premiers juges auraient dû, face aux affirmations contradictoires de l'un et de l'autre de ces médecins, ordonner

à la caisse de procéder à une instruction complémentaire pour éclaircir la situation.
4.
On doit convenir avec le recourant que le point de savoir quelles indications diagnostiques figuraient dans le dossier transmis par le docteur A._____ au docteur W._____ aurait mérité d'être approfondi, puisque ces médecins ont donné une appréciation divergente de l'anamnèse de leur patient. Invités à répondre à la même question de savoir à quelle date étaient apparus les premiers symptômes d'un problème psychiatrique perceptibles pour le patient et quand cette affection avait été traitée pour la première fois, le docteur A._____ indiquait avoir été consulté pour état dépressif en octobre 2000, tandis que son confrère expliquait que le dossier transmis par le médecin prénommé ne contenait aucune notion de maladie psychiatrique.

Ce point peut toutefois rester indécis dès lors que la solution retenue par les premiers juges ne peut pas être suivie. A l'issue d'une consultation chez son médecin traitant de l'époque, le docteur A._____, en octobre 2000, le recourant s'est vu prescrire des médicaments en raison d'un état dépressif. Au vu des réponses du médecin à l'intimée, il s'agit là de la seule mesure proposée par le praticien. En particulier, il n'apparaît pas qu'un traitement impliquant des contrôles médicaux réguliers ou une médication d'une certaine durée eût été instauré, ou encore que le patient eût été adressé à un spécialiste en psychiatrie pour traiter un trouble psychique. Dans ces circonstances, on doit admettre que le recourant pouvait de bonne foi considérer qu'il avait souffert d'un trouble occasionnel, sans aucun caractère chronique ou récurrent, puisqu'il n'avait nécessité qu'une prise limitée de médicaments, sans suite du point de vue médical. Il est vrai que le trouble décrit par le docteur A._____ par les termes «état dépressif» (cf. courrier du 9 juin 2003) répond à la notion de maladie au sens de l'art. 3 al. 1 LPGA, qui exige un examen ou un traitement médical ou provoque une incapacité de travail (cf. pour l'art. 2 al. 1
aLAMal: ATF 125 V 295 consid. 3c). Toutefois, on peut comprendre que le patient n'ait pas assimilé à une maladie le fait de consulter son médecin de manière ponctuelle pour un problème isolé, lié à une perturbation passagère de son humeur, sans aucune autre conséquence que la prise de médicaments pendant une période limitée (comp. avec les arrêts 109 V 36 et RAMA 1986 n°K 670 p. 131 où le grand nombre et la fréquence des consultations auprès d'un psychiatre, respectivement d'un psychothérapeute, devaient faire comprendre à l'assuré qu'on était en présence d'un véritable traitement médical).
S'ajoute à cela que le comportement du recourant au moment de remplir la demande d'adhésion ne saurait être apprécié avec une trop grande sévérité, étant donné le caractère pour le moins succinct de celle-ci. Comprise dans la «fiche d'engagement» signée par l'entreprise E._____ SA, la formule d'adhésion se limitait aux deux questions relatives à l'état de santé suivantes: «avez-vous déjà été malade ou accidenté? Si oui, genre de maladie ou accident» et «vous considérez-vous actuellement en parfaite santé et capable de travailler?». Sommaires et générales, ces deux questions n'étaient pas susceptibles d'attirer l'attention de l'assuré sur la problématique de maladies psychiques en particulier. Par ailleurs, comme la formule d'admission faisait partie intégrante de la fiche d'engagement et que le recourant se trouvait dans un rapport de subordination à l'égard de son employeur, il était fondé à considérer qu'il ne s'agissait que d'une simple formalité à remplir, à laquelle il n'était pas tenu de vouer une attention particulière (cf. l'arrêt C. du 28 mai 2004, K 17/04, qui traite du rôle particulier de l'employeur lors des formalités d'adhésion à un contrat d'assurance collective).

Dans de telles circonstances, on ne saurait reprocher au recourant d'avoir commis une réticence au moment de son affiliation. Par conséquent, l'intimée n'était pas en droit, par sa décision du 8 août 2003, d'instituer une réserve rétroactive pour «état dépressif».

Le recours se révèle donc bien fondé et il appartiendra à l'intimée de se prononcer sur le droit aux indemnités journalières prétendues.
5.
Etant donné la nature du litige, la procédure est gratuite (art. 134 OJ). En outre, le recourant, représenté par un avocat, obtient gain de cause, si bien qu'il a droit à des dépens pour l'instance fédérale (art. 135 en corrélation avec l'art. 159 OJ). La demande d'assistance judiciaire est ainsi sans objet.

Par ces motifs, le Tribunal fédéral des assurances prononce:
1.

Le recours est admis et le jugement du Tribunal cantonal des assurances du canton du Valais du 20 novembre 2003, ainsi que la décision de la Mutuelle Valaisanne du 8 août 2003 sont annulés.
2.
La cause est renvoyée à la Mutuelle Valaisanne pour décision au sens des motifs.
3.
Il n'est pas perçu de frais de justice.
4.
L'intimée versera au recourant la somme de 2'500 fr. (y compris la taxe sur la valeur ajoutée) à titre de dépens pour l'instance fédérale.
5.
Le Tribunal cantonal des assurances du canton du Valais statuera sur les dépens pour la procédure de première instance au regard de l'issue du procès de dernière instance.
6.
Le présent arrêt sera communiqué aux parties, au Tribunal cantonal des assurances du canton du Valais et à l'Office fédéral de la santé publique.
Lucerne, le 14 février 2005
Au nom du Tribunal fédéral des assurances
La Présidente de la IIIe Chambre: La Greffière: