[AZA 7]
K 6/02 Bh

IIe Chambre

MM. et Mme les juges Schön, Président, Widmer et Frésard.
Greffière : Mme Moser-Szeless

Arrêt du 22 juillet 2002

dans la cause
Mutuelle Valaisanne, Rue du Nord 5, 1920 Martigny, recourante,

contre
P._____, 1944, intimé, représenté par Me Pierre-Antoine Buchard, avocat, Rue du Grand Verger 9, 1920 Martigny,

et
Tribunal cantonal des assurances, Sion

A.- a) P._____, né en 1944, est vigneron indépendant.
Il était affilié à la Mutuelle Valaisanne, Caisse-maladie, notamment pour une indemnité journalière en cas d'incapacité de travail de 100 fr., à partir du dixième jour d'incapacité de travail. Souffrant de lombalgies et d'un état dépressif, il a bénéficié, à partir du 2 août 1995, de l'indemnité journalière en raison d'une incapacité de travail partielle (60 % dès le 2 août 1995; 50 % dès le 11 mars 1996; 70 % dès le 6 décembre 1999, 50 % dès le 1er mars 2000), sauf pendant la période du 25 octobre 1999 au 5 décembre 1999, durant laquelle l'incapacité fut totale.
Par décision du 25 mars 1997, l'Office cantonal AI du Valais lui a alloué une demi-rente d'invalidité à partir du 1er août 1996, en se fondant sur un degré d'invalidité de 53 % et une incapacité de travail de 50 %.
Le 20 mars 1997, la Mutuelle Valaisanne a fait savoir à son assuré qu'à partir du 1er mars 1997, il avait droit à un capital de 46 946 fr., à raison d'un montant journalier de 24 fr. 10. Dans son calcul, la caisse tenait compte du montant de la rente de l'assurance-invalidité, ainsi que d'une capacité résiduelle de 50 %.

b) Par courrier du 31 décembre 1997, la caisse a informé P._____ qu'elle se devait de limiter la durée de son indemnisation au 31 décembre 1997, soit deux ans après l'entrée en vigueur de la LAMal, conformément aux dispositions de cette loi. Toutefois, elle maintenait la couverture d'assurance pour la capacité de gain résiduelle de l'assuré, la nouvelle couverture d'assurance se présentant provisoirement comme suit:
Indemnité journalière assurée jusqu'au 31 décembre 1997= Fr. 100.-Capacité de travail résiduelle: 100 %-50 % d'incapacitéde travail 50 % Indemnité journalière assurée à partir du 1er janvier 1998 Fr. 50.-

Après une visite médicale de l'assuré, le médecin-conseil de la caisse-maladie, le docteur A._____ a indiqué, comme pronostic quant à la reprise du travail : ¨50 % dès le 1.3.2000¨(procès-verbal de la séance du 22 mars 2000).
Ce taux correspondait à celui retenu par le médecin traitant de l'assuré, le docteur B._____ qui, dans un certificat médical du 28 mars 2000, mentionnait une incapacité de travail de 50 % à partir du 1er mars 2000.
Le 26 janvier 2001, la Mutuelle Valaisanne a informé l'assuré qu'à la suite d'un contrôle interne, elle avait remarqué qu'elle lui avait payé des indemnités à tort. Elle constatait d'abord avoir versé des indemnités journalières pour les périodes d'incapacité suivantes: 100 % du 25 octobre au 5 décembre 1999; 70 % du 6 décembre 1999 au 29 février 2000 et 50 % du 1er mars au 30 novembre 2000. Elle a considéré ensuite que, dès lors que l'incapacité de travail de l'assuré avait été réduite à 50 % à partir du 1er mars 2000 et qu'elle ne prenait en charge que les cas d'incapacité supérieure à 50 % conformément à son courrier du 31 décembre 1997, le montant de 6875 fr. versé pour la période du 1er mars 2000 au 30 novembre 2000 n'était pas dû à P._____.
En conséquence, elle lui en demandait le remboursement. A la suite de plusieurs échanges de correspondance

entre les parties, la Mutuelle Valaisanne a confirmé sa demande de restitution par décision du 21 mars 2001. Saisie d'une opposition de l'assuré, elle l'a rejetée par une nouvelle décision du 31 mai 2001.

B.- Par jugement du 17 décembre 2001, le Tribunal des assurances du canton du Valais a admis le recours formé contre cette décision par l'assuré. En bref, il a retenu d'une part que la caisse-maladie a violé le droit d'être entendu de l'assuré en ne motivant pas sa décision. D'autre part, il a considéré qu'il ressort tant de la loi que des C̈onditions particulières de l'assurance individuelle d'une indemnité journalière (BC)d̈u 1er janvier 1997 de la Mutuelle Valaisanne que le droit de l'assuré à l'indemnité journalière prend naissance lorsque celui-ci a une incapacité de travail réduite d'au moins (et non de plus) de la moitié; l'incapacité de travail de l'assuré atteignant ce taux minimal, il était donc légitimé à recevoir des indemnités journalière pendant la période litigieuse, de sorte que la caisse n'était pas en droit de réclamer la restitution des prestations versées du 1er mars 2000 au 30 novembre 2000.

C.- La Mutuelle Valaisanne interjette recours de droit administratif dans lequel elle conclut à la réforme du jugement attaqué, en ce sens que soit reconnu qu'elle a, à juste titre, suspendu le versement des prestations de l'assuré, ainsi qu'à la confirmation de sa décision du 21 mars 2001.
P._____ conclut au rejet du recours. Quant à l'Office fédéral des assurances sociales, il ne s'est pas déterminé à ce sujet.

Considérant en droit :

1.- a) Les premiers juges ont tout d'abord retenu que tant la décision du 21 mars 2001 que la décision sur opposition du 31 mai suivant consacraient une violation du droit d'être entendu de l'assuré en raison d'un défaut de motivation. Ils sont toutefois entrés en matière sur le fond du litige, de sorte qu'ils ont en fait implicitement admis la réparation de ladite violation en cours de procédure.
Il n'y a donc pas lieu de revenir sur ce point. Au demeurant, on ne voit pas en quoi la décision sur opposition était insuffisamment motivée et ne remplissait pas les exigences posées à cet égard (cf. ATF 122 IV 14 c. 2c), puisque la recourante a mentionné les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision. L'intimé a du reste été en mesure d'attaquer celle-ci en connaissance de cause devant l'instance cantonale, puisqu'il a contesté le remboursement de la somme réclamée.

b) Dans sa décision du 21 mars 2001 et sa décision sur opposition du 31 mai suivant, la recourante a demandé la restitution d'un montant de 6875 fr. correspondant à des indemnités journalières versées prétendument à tort du 1er mars 2000 au 30 novembre 2000. Le litige porte donc sur la restitution des indemnités journalières versées pendant cette période. Avant d'examiner les conditions auxquelles est soumise une telle restitution, il convient de voir en premier lieu si l'intimé avait droit aux indemnités litigieuses.

2.- a) Selon l'art. 72 al. 2 1ère phrase 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 dans une période de 900 jours (art. 72 al. 3 LAMal). En cas d'incapacité partielle de travail, une indemnité journalière réduite en conséquence est versée pendant la durée prévue au troisième alinéa; la couverture d'assurance est maintenue pour la capacité de travail résiduelle (art. 72 al. 4 LAMal). Lorsque l'indemnité journalière est réduite pour cause de surindemnisation selon l'art. 78 al. 2 LAMal, la personne atteinte d'une incapacité de travail a droit à l'équivalent de 720 indemnités journalières complètes; les délais relatifs à l'octroi des indemnités journalières sont prolongés en fonction de la réduction (art. 72 al. 5 LAMal).
Selon la jurisprudence, lorsque l'indemnité journalière est réduite à la fois en raison d'une surindemnisation et de l'incapacité partielle de travail de l'assuré, il y a lieu de faire une application combinée des art. 72 al. 4 et al. 5 LAMal. La durée d'indemnisation doit ainsi être prolongée jusqu'au moment où l'assuré a reçu l'équivalent des indemnités journalières auxquelles il aurait eu droit durant la période de 720 jours, en raison du taux de l'incapacité partielle de travail et s'il n'y avait pas eu surindemnisation (ATF 127 V 92 sv. consid. 1d).

b) Sous réserve de certaines dispositions inapplicables en l'espèce, la LAMAl est entrée en vigueur le 1er

janvier 1996 (art. 1er de l'ordonnance concernant l'entrée en vigueur et l'introduction de la LAMal; RS 832. 101). Selon l'art. 103 al. 2 LAMal, les indemnités journalières dont le versement est en cours lors de l'entrée en vigueur de la présente loi et qui résultent de l'assurance d'indemnités journalières auprès de caisses reconnues devront encore être allouées pendant deux ans au plus, conformément aux dispositions de l'ancien droit sur la durée des prestations.
En l'espèce, la caisse a alloué à l'intimé des indemnités journalières à partir du 2 août 1995. Jusqu'au 31 décembre 1997, le versement de ces indemnités était soumis à la LAMA (art. 103 al. 2 LAMal). A partir du 1er janvier 1998, à l'expiration de la période transitoire de deux ans, le versement de ces indemnités était régi par le nouveau droit. Dès ce moment, l'intimé ne pouvait prétendre une prolongation du versement des indemnités que s'il n'avait pas perçu l'équivalent de 720 indemnités calculées en fonction de son taux d'incapacité de travail et abstraction faite de toute surindemnisation. Par courrier du 31 décembre 1997, la recourante a informé l'assuré qu'elle se voyait dans l'obligation de limiter la durée de son indemnisation attribuée à l'ancien droit à cette date-là, son assurance Ëperte de gain¨´etant résiliée pour la fin de l'année 1997. Toutefois, elle maintenait, conformément à l'art. 72 al. 4 LAMal, la couverture d'assurance pour la capacité de travail résiduelle de l'assuré, l'indemnité journalière assurée à partir du 1er janvier 1998 s'élevant à 50 fr. (100 fr. x 50 % de capacité de travail résiduelle).

Il ressort de ce courrier, ainsi que des explications ultérieures de la recourante (courrier du 21 février 2001 au conseil de l'assuré), que l'intimé avait épuisé son droit à des indemnités journalières de 720 jours (art. 72 al. 3 et 4 LAMal) au 31 décembre 1997, ce qui n'est au demeurant pas contesté. Après cette date, seule la couverture d'assurance pour la capacité de travail résiduelle, laquelle était de 50 %, était maintenue.

c) L'art. 72 al. 4 2e phrase LAMal s'applique lorsque, comme en l'espèce, il existe une capacité de travail résiduelle qui peut encore être mise en valeur après que le droit aux 720 indemnités journalières a été épuisé. Le critère pour la protection d'assurance restante est l'étendue de la capacité de travail résiduelle et le revenu d'une activité lucrative qu'elle permet encore d'atteindre (Eugster, Zum Leistungsrecht der Taggeldversicherung nach KVG, in: LAMal-KVG, Recueil de travaux en l'honneur de la Société suisse de droit des assurances, Lausanne 1997, p. 528 sv.). L'idée à la base du maintien de la couverture d'assurance pour la capacité de travail résiduelle est que l'assuré qui, en raison de la survenance d'une incapacité partielle de travail, a épuisé son droit aux prestations de 720 jours, puisse rester assuré pour sa capacité de travail restante au-delà de cette période (procès-verbal de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique [CSSS]du Conseil national, séance du 22 juillet 1993).
Dans le cas d'une incapacité partielle de travail, l'assuré n'a plus, comme sous l'empire de la LAMA (cf. art. 12bis al. 4 LAMA), la garantie du paiement de l'équivalent de 720 indemnités pleines et entières (cf. ATF 125 V 109 consid. 2b et les références), dès lors que les jours d'incapacité valent comme des jours entiers d'indemnisation (ATF 127 V 91 consid. 1c). Le fait que le droit à l'indemnité journalière, réduite en conséquence, est limité à une période de 720 jours (sous réserve du cas de surindemnisation, cf. art. 72 al. 5 LAMal) est alors en partie compensé par le maintien de la couverture d'assurance pour la capacité de travail résiduelle qui reste assurée dans le cadre fixé par l'art. 72 LAMAl (ATF 127 V 91 consid. 1c).
Si le droit à l'indemnité journalière pour la capacité de travail résiduelle prend naissance en principe lorsque cette capacité est réduite au moins de moitié (art. 72 al. 2 1e phrase LAMal), l'assureur a la possibilité, en vertu d'une disposition statutaire ou contractuelle d'allouer une indemnité journalière déjà à partir d'une incapacité de travail inférieure à ce taux, par exemple à partir de 25 % au moins (VSI 2000 p. 159 consid. 3a; Eugster in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Krankenversicherung, ch. 369).
En l'occurrence, les prestations litigieuses ont été versées du 1er mars 2000 au 30 novembre 2000, alors que l'intimé avait retrouvé une capacité de travail de 50 % (certificat médical du docteur B._____ du 28 mars 2000; procès-verbal du médecin-conseil de la caisse de la séance du 22 mars 2000), ce que celui-ci ne conteste du reste pas.
Dès lors, la capacité (résiduelle) de travail assurée de l'intimé était à nouveau entière, de sorte qu'il ne pouvait prétendre à des indemnités journalières à partir du 1er mars 2000. Par conséquent, contrairement à ce qu'ont retenu à tort les premiers juges, le montant des indemnités versées pour cette période, soit 6875 fr., n'était pas dû à l'intimé. Il reste à examiner si les conditions d'une restitution des prestations sont remplies.

3.- a) Comme sous l'empire de la LAMA, l'art. 47 LAVS est applicable, par analogie, à la restitution de prestation d'assurance-maladie versées indûment (ATF 126 V 23 consid. 4a; RAMA 2001 n°KV 158 p. 161 consid. 6a).

b) La restitution des prestations selon l'art. 47 al. 1 LAVS suppose que soient remplies les conditions d'une reconsidération ou d'une révision procédurale de la décision par laquelle les prestations en cause ont été allouées (ATF 126 V 23 et les arrêts cités).
Selon un principe général du droit des assurances sociales, l'administration peut reconsidérer une décision formellement passée en force de chose jugée et sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée quant au fond, à condition qu'elle soit sans nul doute erronée et que sa rectification revête une importance notable (ATF 126 V 23 consid. 4b et les arrêts cités). En outre, par analogie avec la révision des décisions rendues par les autorités judiciaires, l'administration est tenue de procéder à la révision d'une décision entrée en force formelle lorsque sont découverts des faits nouveaux ou de nouveaux moyens de preuve, susceptibles de conduire à une appréciation juridique différente (ATF 126 V 24 consid. 4b et les arrêts cités). Ces principes sont aussi applicables lorsque des prestations ont été accordées sans avoir fait l'objet d'une décision et que leur versement, néanmoins, a acquis force de chose décidée. Il y a force de chose décidée si l'assuré n'a pas, dans un délai d'examen et de réflexion convenable, manifesté son désaccord avec une certaine solution adoptée par l'administration et exprimé sa volonté de voir statuer sur ses droits dans un acte administratif susceptible de recours (ATF 126 V 24 consid. 4b,
122 V 369 consid. 3).

c) En l'espèce, il faut admettre que le versement des prestations en cause (qui n'a pas fait l'objet d'une décision formelle) avait acquis force de chose décidée au moment où la recourante en a demandé la restitution. En effet, il s'est écoulé plusieurs mois entre le moment du paiement des prestations et la demande de remboursement de la recourante. L'intimé n'avait, par ailleurs, aucune raison de remettre en cause le mode de règlement de la caisse qui lui donnait entièrement satisfaction. Aussi bien doit-on examiner si les conditions d'une reconsidération ou d'une révision procédurale sont remplies dans le cas particulier.
Il ressort non seulement du procès-verbal du docteur A._____ de la séance du 22 mars 2000, mais également du certificat médical établi par le docteur B._____ le 28 mars 2000, parvenu à la caisse le 3 avril 2000, que l'intimé était capable de travailler à nouveau à 50 % dès le 1er mars 2000. Sur le vu de cette modification dans la situation de l'intimé sur le plan de sa capacité de travail, la décision (non formelle) de la recourante de lui accorder des prestations à partir du 1er mars 2000 était entachée d'une erreur manifeste dont elle ne s'est rendu compte qu'en janvier 2001, à la suite d'un contrôle de ses dossiers. La rectification de cette décision revêtant par ailleurs une importance notable dès lors qu'elle porte sur une somme de plus de 6000 fr., la recourante était en droit de reconsidérer sa décision initiale et de demander la restitution des montants versés à tort.
Par conséquent, le recours est fondé et le jugement cantonal doit être annulé.

Par ces motifs, le Tribunal fédéral des assurances

prononce :

I.Le recours est admis et le jugement du Tribunal
cantonal des assurances du canton du Valais du 17 décembre 2001 est annulé.

II.Il n'est pas perçu de frais de justice.
III. Le présent arrêt sera communiqué aux parties, au Tribunal des assurances du canton du Valais et à l'Office fédéral des assurances sociales.

Lucerne, le 22 juillet 2002

Au nom du
Tribunal fédéral des assurances
p. le Président de la IIe Chambre :

La Greffière :