S2 23 111

ARRÊT DU 28 OCTOBRE 2025

Tribunal cantonal du Valais
Cour des assurances sociales

Composition : Candido Prada, président ; Frédéric Fellay et Matthieu Sartoretti, juges ; Pierre-André Moix, greffier

en la cause

X _____, recourant, représenté par Y _____

contre

Z _____ SA, intimée

(Indemnités journalières LAMal, valeur probante d'une expertise)

Faits

A. X _____, né en xxxx, a travaillé pour le compte de l'entreprise A _____ SA dès le 1er février 2019, en qualité de manœuvre. A la suite d'une chute, il a été en incapacité de travail totale depuis le 17 juin 2021, son cas étant pris en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA).

L'assuré a été licencié par son employeur avec effet au 30 novembre 2022 et a souscrit par la suite un contrat individuel pour la perte de gain maladie auprès de Z _____ SA (ci-après : Z _____ ou la caisse-maladie) dès le 1er décembre 2022.

Dès le 1er décembre 2022, l'intéressé a transmis à Z _____ des certificats d'incapacité de travail établis par la Dre B _____, FMH en psychiatrie et psychothérapie.

B. Dans une décision du 24 février 2023, la caisse-maladie a refusé de verser à l'assuré des indemnités journalières, en considérant qu'il n'existait aucune incapacité de travail fondée sur une maladie.

L'intéressé s'est opposé à cette décision le 22 mars 2023, en concluant à l'octroi d'indemnités journalières dès le 1er décembre 2022. Il a joint à son écriture un rapport médical établi le 9 mars 2023 par la Dre B _____, qui posait les diagnostics d'état de stress post-traumatique (F43.1), de trouble dépressif organique (F06.32), de trouble cognitif dû à un trauma cérébral (F06.7) et de troubles de la personnalité dus à un trauma cérébral (F07.8). Elle a indiqué que son patient était traité par Brintellix et par Sartroten.

Dans le cadre de l'instruction de cette opposition, Z _____ a décidé de confier un mandat d'expertise au Dr C _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.

Dans un rapport du 4 juillet 2023 faisant suite à un examen clinique ayant eu lieu la veille, ce dernier a retenu un diagnostic de trouble dépressif caractérisé, de sévérité moyenne, relevant que ce trouble entraînait les limitations fonctionnelles suivantes : difficultés dans la gestion émotionnelle, susceptibilité importante au stress, ruminations et angoisses, apathie, fatigabilité, troubles cognitifs, baisse de l'estime de soi. Il a exclu un état de stress post-traumatique en estimant que l'accident dont l'assuré avait été victime n'était pas extrêmement menaçant ou terrifiant ni grave au sens de la description de ce diagnostic, l'assuré ayant pu quitter l'hôpital le jour de son accident. L'expert a également

souligné qu'aucun élément médical ne permettait d'objectiver des lésions cérébrales ou des séquelles neurocognitives. S'agissant du traitement et du pronostic, il a écrit ce qui suit :

> « Si les informations sur le traitement transmises par M. X _____ sont justes, il ne prendrait actuellement que du Seroquel 150mg par soir dans un but hypnotique.
>
> Le Seroquel est un antipsychotique qui n'a pas d'indication (selon le compendium suisse) dans le traitement des insomnies.
>
> Compte tenu du trouble dont souffre l'expertisé, il convient de lui prescrire un antidépresseur à dose efficace. Vu les symptômes dont il souffre, plusieurs molécules pourraient être intéressantes : Venlaflaxine pour l'aspect plus stimulant, Paroxétine et Sertraline pour l'aspect anxiolytique ou encore la Mirtazapine et l'Agolématine pour leurs effets sur le sommeil, et sous réserve des précautions d'usage propre à chaque molécule.
>
> Après l'introduction du traitement, la réévaluation doit être rapide, (3-4 semaines en moyenne) et en fonction de la réponse clinique une augmentation de la dose devra être faite en cas d'efficacité partielle ou un changement de molécule en cas d'absence d'efficacité.
>
> Le traitement devra être maintenu plusieurs mois après la disparition des symptômes.
>
> L'ajout d'une psychothérapie individuelle d'inspiration cognitive et comportementale pourrait permettre d'améliorer la symptomatologie notamment anxieuse.
>
> Une fois la prise en charge préconisée mise en place, il est raisonnable de s'attendre à une amélioration clinique d'ici 6 à 8 semaines et donc à une capacité de travail partielle en milieu habituel. Une pleine devrait être obtenue après un délai supplémentaire de 6 à 8 semaines. »

Le 18 juillet 2023, la caisse-maladie a émis une nouvelle décision annulant et remplaçant celle du 24 février 2023. Indiquant que son médecin-conseil constatait qu'une reprise du travail dans la profession habituelle, moyennant une adaptation du traitement, était exigible à 50% dès le 11 septembre 2023 et à 100% dès le 1er novembre 2023, elle a informé l'assuré qu'elle verserait des indemnités journalières entières jusqu'au 10 septembre 2023 et à 50% jusqu'au 31 octobre 2023. Une copie de cette décision ainsi que l'expertise du Dr C _____ ont été transmises à la Dre B _____.

L'intéressé s'est opposé à cette décision par écriture du 30 août 2023 et a conclu au versement d'indemnités journalières à 100% au-delà du 10 septembre 2023. A la suite de la transmission de son dossier, il a complété son opposition le 27 septembre 2023 en transmettant un certificat d'incapacité de travail à 100% établi par la Dre B _____ pour le mois de septembre 2023 et a transmis par pli du 18 octobre 2023 un rapport de cette psychiatre du 4 octobre précédent. Dans ce rapport, la Dre B _____ indiquait qu'un changement de traitement avait été mis en place, le patient prenant désormais 30mg de Paroxétine. Aucun changement n'était cependant à relever, à l'exception de nausées et de vomissements comme effets secondaires. Elle a ainsi maintenu les diagnostics posés en expliquant que l'assuré avait clairement décrit la détérioration de

son état psychique depuis l'accident, qu'il faisait des cauchemars, se réveillait en sursaut et ne parvenait plus à s'exprimer en français alors qu'il maîtrisait couramment cette langue auparavant.

Dans une décision sur opposition du 16 novembre 2023, Z _____ a rejeté les griefs développés par son assuré et a confirmé sa décision du 18 juillet 2023. L'assurance a fait valoir que la valeur probante de l'expertise du Dr C _____ était entière et qu'il convenait d'en suivre les conclusions. Son psychiatre-conseil avait en outre relevé que les mesures thérapeutiques préconisées par l'expert n'avaient que partiellement été mises en œuvre et que l'avis de la Dre B _____ ne suffisait pas à invalider les conclusions du Dr C _____.

C. Par écriture du 18 décembre 2023, X _____ a interjeté recours céans contre cette décision sur opposition, en concluant à l'octroi d'indemnités journalières au-delà du 10 septembre 2023. Il a fait valoir que la Dre B _____ attestait toujours une incapacité de travail de 100%.

Dans sa réponse du 23 janvier 2024, Z _____ a conclu au rejet du recours et à la confirmation de sa décision sur opposition du 16 novembre 2023. Elle a fait valoir que les conclusions de l'expertise du Dr C _____ jouissaient d'une entière valeur probante, et qu'il se justifiait dès lors de mettre fin au versement des indemnités journalières avec effet au 1er novembre 2023. L'avis divergent de la Dre B _____ n'était en effet pas suffisamment motivé pour remettre en cause les conclusions de l'expertise.

Le recourant a répliqué le 26 février 2024 en insistant sur le fait que le Dr C _____ avait formulé des suppositions d'amélioration pour le futur et qu'il n'avait pas pris position sur des activités professionnelles concrètes adaptées à son état de santé. Par la suite, la psychiatre traitante avait confirmé que malgré la modification du traitement, aucune amélioration n'avait été constatée. Il a produit en annexe à son écriture un rapport établi par la clinique romande de réadaptation (CRR) le 31 janvier 2024 à la suite d'un examen neuropsychologique, qui mettaient en évidence des céphalées et des oublis.

La caisse-maladie a pris position sur cette écriture le 9 avril 2024 en réaffirmant que les conclusions de l'expert C _____ étaient tout à fait cohérentes et que les délais de 6 à 8 semaines qu'il avait articulés étaient usuels. Elle a également souligné que toutes les stratégies de traitement n'avaient pas été mises en œuvre, dès lors que seule de la Paroxétine avait été prescrite. Elle a fourni dans ce cadre un avis du Dr D _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui considérait que l'examen

neuropsychologique du 30 janvier 2024 n'amenait aucun nouvel élément probant et que le suivi médicamenteux ne correspondait pas à une stratégie thérapeutique incisive, avec un rythme soutenu et une réévaluation régulière et rapide.

L'échange d'écritures s'est clos en l'absence de nouvelles remarques du recourant sur cette duplique.

Considérant en droit

1. Selon l'article 1 alinéa 1 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal ; RS 832.10), les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-maladie, à moins que la LAMal n'y déroge expressément.

Posté le 18 décembre 2023, le présent recours à l'encontre de la décision sur opposition du 16 novembre précédent a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 60 LPGA) et devant le tribunal compétent (art. 56, 57 et 58 LPGA ; art. 81a al. 1 de la loi du 6 octobre 1976 sur la procédure et la juridiction administratives – LPJA ; RS/VS 172.6). Il répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte que la Cour doit entrer en matière.

2.

2.1 Le litige porte sur le droit du recourant à de pleines indemnités journalières pour perte de gain en cas de maladie, Z _____ ayant réduit ses prestations à 50% dès le 11 septembre 2023 et les ayant supprimées dès le 1er novembre suivant.

2.2 Conformément à son article 1a alinéa 1, la LAMal régit l'assurance-maladie sociale. Celle-ci comprend l'assurance obligatoire de soins et une assurance facultative d'indemnités journalières.

L'article 67 LAMal dispose que toute personne domiciliée en Suisse ou qui y exerce une activité lucrative, âgée de 15 ans révolus, mais qui n'a pas atteint 65 ans, peut conclure une assurance d'indemnités journalières (al. 1). Celle-ci peut être conclue sous la forme d'une assurance individuelle ou collective (al. 3).

Aux termes de l'article 72 alinéa 1 LAMal, l'assureur convient avec le preneur d'assurance du montant des indemnités journalières assurées. Ils peuvent limiter la

couverture aux risques de la maladie et de la maternité. L'article 72 alinéa 2 précise que le droit aux indemnités journalières prend naissance lorsque l'assuré a une capacité de travail réduite au moins de moitié (art. 6 LPGA). L'alinéa 3 ajoute que les indemnités journalières doivent être versées, pour une ou plusieurs maladies, durant au moins 720 jours dans une période de 900 jours.

La LAMal maintient le système antérieur, si bien que les principes dégagés par la jurisprudence sous l'empire de l'ancien droit restent d'actualité (RAMA 1998 KV 45 p. 430).

2.3 Le fait de s'être assuré pour une indemnité journalière d'un montant donné et d'avoir payé les primes correspondantes n'ouvre pas forcément le droit au versement de la somme assurée (ATF 110 V 318 consid. 5). L'assuré doit encore prouver l'existence d'une incapacité de travail et d'une perte de salaire ou de gain consécutive à la maladie (RAMA 2000 n KV 137, p. 355 consid. 3c, K 14/00 ; cf. aussi l'ATF 130 V 35 consid. 3.2 et 3.3 ; GEBHARD EUGSTER, Krankenversicherung, *in* : SBVR, Soziale Sicherheit/Sécurité sociale, 3e éd. 2016, n° 1464 p. 842).

Le versement d'une indemnité journalière par l'assurance-maladie est subordonné à l'existence d'une incapacité de travail, totale ou partielle. Selon l'article 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique.

En cas d'incapacité de travail de longue durée, on peut raisonnablement exiger de l'assuré, conformément à son obligation de diminuer le dommage - qui est un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les arrêts cités ; GABRIELA RIEMER-KAFKA, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Fribourg 1999, p. 57, 551 et 572, voir aussi p. 277 s. en ce qui concerne le droit à l'indemnité journalière dans l'assurance-maladie ; LANDOLT, Das Zumutbarkeitsprinzip im schweizerischen Sozialversicherungsrecht, thèse Zurich 1995, p. 61) -, qu'il utilise sa capacité de travail résiduelle dans un autre secteur d'activité professionnelle. Néanmoins, dans l'hypothèse où un assuré, en vertu de son obligation de diminuer le dommage, doit s'astreindre à changer de profession, la caisse doit l'avertir à ce propos et lui accorder un délai adéquat - pendant lequel l'indemnité journalière versée jusqu'alors est due - pour s'adapter aux nouvelles conditions ainsi que pour trouver un emploi (arrêt du Tribunal fédéral 9C_546/2007 du 28 août 2008 ; RAMA 2000

KV 112 p. 122 consid. 3a p. 123 ; cf. aussi art. 21 al. 4 LPGA). Dans la pratique, un délai de trois à cinq mois dès l'avertissement de la caisse doit en règle générale être considéré comme adéquat (SJ 2000 II consid. 2b p. 440).

2.4 La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2 et 125 V 351 consid. 3a ainsi que les références ; VSI 2001 p. 108 consid. 3a). À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 133 V 450 consid. 11.1.3 et 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, de même qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice

concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4, 125 V 351 consid. 3a et 122 V 157 consid. 1c avec les références citées).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3a et 122 V 157 consid. 1c avec les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

En cas de divergence d'opinions entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in : SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contraire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2). Pour qu'un avis médical puisse être écarté, il est nécessaire qu'il existe des circonstances particulières qui permettent de justifier objectivement les doutes émis quant à l'impartialité ou au bien-fondé de l'évaluation (arrêts du Tribunal fédéral 9C_276/2015 du 10 novembre 2015 consid. 4.3, 9C_607/2008 du 27 avril 2009 consid. 3, 9C_885/2007 du 15 septembre 2008 consid. 3.2 et 9C_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 5.2).

3.

3.1 En l'espèce, Z _____ s'est fondé sur l'expertise du Dr C _____ afin de mettre fin partiellement aux indemnités journalières perçues par le recourant au 11 septembre 2023 et intégralement au 1er novembre 2023.

Dans son rapport du 4 juillet 2023, l'expert a retenu un diagnostic de trouble dépressif caractérisé, de sévérité moyenne. Ce rapport, qui a pris en compte l'anamnèse familiale et professionnelle du recourant, a été établi en pleine connaissance de son dossier médical et comporte des conclusions claires et cohérentes avec les constatations faites lors de l'examen clinique. Ces conclusions ne sont pas invalidées par l'avis de la psychiatre traitante, cette dernière se contentant d'opposer son appréciation de la situation à celle de l'expert, notamment en maintenant des diagnostics pourtant invalidés de manière convaincante par le Dr C _____, l'état de stress post-traumatique ne pouvant être retenu au vu de l'intensité de l'événement accidentel du 17 juin 2021.

S'agissant de la proposition thérapeutique visant à modifier les médicaments pris par le recourant, la Dre B _____ a indiqué dans son rapport du 4 octobre 2023 que de la Paroxétine 30mg était désormais administrée, mais qu'il n'y avait pas eu d'amélioration, le patient souffrant en outre de nausées et de vomissements.

Elle estime que la mise en place du traitement proposé a été effectuée, mais on ne peut souscrire à cette affirmation. En effet, seule une molécule listée par le Dr C _____ a été prescrite, et ni la prescription ni le dosage n'ont été modifiés alors qu'un suivi toutes les 3 à 4 semaines aurait dû être effectué afin de régler le traitement médicamenteux, conformément aux recommandations émise par la société suisse de psychiatrie et psychothérapie, qui prévoient qu'en cas de réponse insuffisante après un traitement antidépresseur de 2 à 4 semaines, d'autres stratégies doivent être mises en œuvre en vue d'optimiser le traitement (Recommandations disponibles sur le site www.psychiatrie.ch -Traitement aigu des épisodes dépressifs, p. 719).

Dans le cadre son obligation de réduire le dommage, il incombait ainsi au recourant de suivre les recommandations thérapeutiques que l'expert C _____ avait proposées, au besoin en demandant à sa psychiatre de mettre à jour sa médication en l'absence d'amélioration de la situation.

Dès lors, compte tenu de la valeur probante de l'expertise du Dr C _____ et du fait que le recourant n'avait que très partiellement suivi les recommandations de ce dernier, l'intimée était fondée à mettre fin aux indemnités journalières versées au recourant, en tenant compte des délais fixés par l'expert, qui ont été jugés usuels par le Dr D _____.

Le recours doit ainsi être rejeté et la décision sur opposition du 16 novembre 2023 confirmée.

4. Il n’est pas perçu de frais (art. 61 let. f^{bis} LPGA), la loi spéciale, en l’occurrence la LAMal, ne prévoyant pas le prélèvement de frais de justice, ni alloué de dépens (art. 61 let. g *a contrario* LPGA et 91 al. 3 LPJA).

Prononce

1. Le recours est rejeté.

2. Il n'est pas perçu de frais, ni alloué de dépens.

Sion, le 28 octobre 2025