

S2 23 56

ARRÊT DU 19 MAI 2025

**Tribunal cantonal du Valais
Cour des assurances sociales**

Composition : Candido Prada, président ; Michael Steiner et Christophe Joris, juges ;
Anaïs Mottiez, greffière

en la cause

X _____, demandeur, représenté par Maître Flore Primault, avocate, Lausanne

contre

GRUPE MUTUEL ASSURANCES GMA SA, défenderesse

(Assurance complémentaire ; indemnités journalières maladie LCA ; capacité de travail
exigible dans une activité adaptée)

Faits

A. X _____, né le xx.xx 1965, a terminé un apprentissage d'agriculteur, mais n'a jamais travaillé dans ce domaine, à l'exception de quelques travaux de dépannage. Après avoir effectué divers emplois (not. chauffeur de taxi, vendeur de téléphones, responsable de magasins de téléphonie, employé des pompes funèbres), il a été engagé en qualité de CEO (*Chief Executive Officer* ou Directeur général) à plein temps par A _____ Sàrl, à B _____, dont le but était de fournir tous services et prestations d'aide, d'assistance, de soins à domicile médicalisés ou non-médicalisés, ou de toute autre nature, et ce dès le 12 janvier 2021. À ce titre, il était assuré auprès de Groupe Mutuel Assurances GMA SA (ci-après : GMA SA) pour la couverture d'une indemnité journalière maladie selon la LCA, à hauteur d'un montant journalier assuré de 295 fr. 89 (pièces 24 et 27 à 29).

B. Par déclaration d'incapacité de travail maladie du 30 avril 2021, le prénommé a signalé à GMA SA qu'il était en incapacité totale de travail depuis ce jour en raison d'une maladie, selon attestation jointe en annexe de son médecin traitant, le Dr C _____, spécialiste FMH en médecine interne générale (pièces 29 et 30).

Interpellé par GMA SA, le Dr C _____ a indiqué le 18 mai 2021 que son patient présentait notamment un épuisement professionnel avec une fatigue, une diminution de l'appétit ainsi qu'une irritabilité et ce depuis le 30 avril précédent. Ce médecin a ajouté que le pronostic était intermédiaire (pièce 33).

Dans un rapport d'expertise du 27 mai 2021, le Dr D _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie mandaté par GMA SA, a posé le diagnostic principal avec effet sur la capacité de travail de trouble de l'adaptation avec perturbation mixte des émotions et des conduites avec une composante dépressive (F43.25), suite à un surmenage professionnel puis à un conflit avec l'associée gérante de A _____ Sàrl depuis mars/avril 2021, actuellement en amélioration, ainsi que les diagnostics différentiels d'épisode hypomaniaque (F31.0) ou épisode mixte (F31.6), dans le cadre d'un trouble bipolaire (F31), actuellement largement en rémission (F31.7). Le Dr D _____ a estimé que l'incapacité de travail attestée par le Dr C _____ du 30 avril 2021 au 6 juin suivant était justifiée d'un point de vue psychiatrique et qu'à partir du 7 juin 2021, une pleine capacité de travail était théoriquement exigible dans l'ancienne activité ou dans un emploi comparable, ajoutant que le conflit opposant l'assuré à sa supérieure était un fait sortant du champs médical (pièce 4).

Par courrier du 29 juin 2021, GMA SA a informé l'assuré que l'expert, après analyse du dossier médical en sa possession, avait relevé qu'une reprise totale de son activité habituelle était raisonnablement exigible au 7 juin 2021, si bien que les indemnités journalières lui seraient allouées jusqu'au 6 juin 2021. GMA SA lui a de plus rappelé qu'en vertu de son obligation de diminuer le dommage, il devait entreprendre les démarches nécessaires afin de pouvoir exploiter sa capacité de travail (pièce 5).

Dans un certificat médical du 5 juillet 2021, le Dr C _____ a attesté que son patient n'était pas encore apte à reprendre le travail et a prié GMA SA de revenir sur sa décision du 29 juin précédent. Le 14 juillet 2021, GMA SA a constaté que les informations transmises ne mettaient en évidence aucun nouvel élément médical à même de justifier la prolongation de l'incapacité de travail et a maintenu sa position du 29 juin précédent (pièces 6 et 7).

Le 30 juillet 2021, l'intéressé, représenté par Me Flore Primault, a contesté le contenu du pli du 29 juin précédent, motif pris qu'il n'était pas en mesure de reprendre le travail, selon certificat de son médecin traitant, et a requis une copie de l'entier de son dossier, notamment le rapport d'expertise du Dr D _____, ainsi que la reprise du versement des indemnités journalières. Le 5 août 2021, GMA SA lui a transmis une copie de son dossier, confirmant pour le reste sa position (pièces 8 et 9).

Dans un courrier du 24 septembre 2021, l'assuré a argué que l'expertise du Dr D _____ était largement contradictoire et ne faisait état que de pronostics, respectivement que d'une projection d'une éventuelle reprise du travail, laquelle ne s'était pas réalisée. Après avoir transmis à GMA SA un questionnaire rempli par le Dr C _____ le 1^{er} octobre 2021, l'intéressé a une nouvelle fois requis la reprise du versement des indemnités journalières. Il a relevé que le Dr C _____ n'était pas d'accord avec l'évaluation de la capacité de travail réalisée par le Dr D _____ et que son médecin traitant estimait qu'une incapacité de travail totale persistait dans l'activité habituelle, seule une capacité de travail de 50% étant par ailleurs exigible dans une activité adaptée depuis le 1^{er} octobre 2021, ce qui démontrait que la projection évoquée par le Dr D _____ ne s'était pas réalisée (pièces 10, 11 et 13).

Estimant que des démarches d'instruction complémentaire se justifiaient, GMA SA a confié un mandat d'expertise au Dr E _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie (pièces 14 et 15).

Dans un rapport d'expertise du 8 novembre 2021, le Dr E _____ a retenu le diagnostic incapacitant de trouble schizotypique décompensé (F21) et a estimé qu'une

activité professionnelle dans le dernier poste de travail (CEO de A _____ Sàrl) n'était plus possible, mais que dans une autre activité, analogue à celles que l'assuré avait exercées par le passé, une capacité de travail était exigible à 50% depuis le 1^{er} octobre 2021, comme l'avait indiqué le Dr C _____, puis à 100% dès le 1^{er} décembre suivant, tout en précisant qu'une instabilité professionnelle était à attendre en raison de la pathologie psychiatrique (pièce 24).

Par courrier du 23 novembre 2021, remplaçant et annulant celui du 29 juin précédent, GMA SA a informé l'intéressé qu'au vu de l'avis de l'expert E _____ et afin de ne pas le préteriter financièrement, les indemnités journalières lui seraient versées à 100% du 7 juin 2021 au 30 novembre suivant. Dans ce contexte, GMA SA a précisé qu'un certificat médical n'avait plus la valeur probante suffisante pour justifier une éventuelle poursuite de l'incapacité de travail et a invité l'assuré, conformément à son obligation de diminuer le dommage, à entreprendre toutes les démarches nécessaires pour faire valoir sa capacité de travail de 100% dans un environnement professionnel convenant à sa situation, si nécessaire auprès d'un autre employeur ou dans le cadre de l'assurance-chômage (pièce 18).

Le 3 décembre 2021, l'intéressé a transmis à GMA SA un certificat médical du 1^{er} décembre précédent du Dr C _____, qui attestait que l'incapacité totale de travail de son patient était prolongée jusqu'au 31 décembre suivant. Le 13 décembre 2021, GMA SA lui a répondu que, conformément au courrier du 23 novembre précédent, ses prestations avaient pris fin au 30 novembre 2021, et qu'en l'absence d'un rapport médical détaillé justifiant cette prolongation, elle n'entendait pas reconsidérer sa prise de position (pièces 19 et 20).

Le 16 décembre 2021, l'assuré a contesté l'avis émis par GMA SA, tant s'agissant de l'absence de valeur probante du certificat médical daté du 1^{er} décembre 2021 du Dr C _____ que de la date du 30 novembre 2021, et a requis une copie de l'expertise du Dr E _____, qui lui a été transmise le 27 décembre 2021. Le 18 janvier 2022, il a argué qu'à la lecture de dite expertise, il n'était pas douteux qu'il ne pouvait plus travailler dans son dernier poste (CEO de A _____ Sàrl) et que, conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral (arrêt 4D_7/2021 du 12 avril 2021), une incapacité de travail, même limitée à la place de travail, constituait une réelle incapacité de travail et devait dès lors être indemnisée. L'intéressé a ainsi prié GMA SA de reprendre immédiatement le versement des indemnités journalières (pièces 21, 22 et 23).

Le 31 janvier 2022, GMA SA a relevé que sa prise de position du 23 novembre 2021 reposait sur des documents médicaux complets et qu'aucun élément nouveau n'avait été apporté afin de justifier la prolongation de l'incapacité de travail, de sorte qu'il n'y avait pas lieu qu'elle reconsidère sa position (pièce 25).

C. Le 13 juin 2023, X _____ a déposé céans une action en paiement contre GMA SA, concluant, sous suite de frais et dépens, à ce que celle-ci lui verse un montant de 152'648 fr. 40 avec intérêts à 5% l'an dès le 15 août 2022 (date moyenne) et à ce qu'il soit autorisé à augmenter ses conclusions en fonction du résultat de l'instruction et des pièces produites. Il a en substance soutenu qu'il se trouvait toujours en incapacité totale de travail attestée par son médecin traitant, que selon le Tribunal fédéral, l'incapacité de travail liée à une place de travail devait être prise en charge par l'assurance perte de gain maladie de l'employeur comme une incapacité de travail ordinaire et que, dans la mesure où il était encore assuré auprès de GMA SA et qu'il lui restait un solde positif de 516 jours, cette dernière devait reprendre le versement des indemnités journalières jusqu'à épuisement du droit aux prestations. A titre de moyens de preuve, il a requis la mise en œuvre d'une expertise ainsi que l'édition, par la défenderesse, du « contrat perte de gain et police d'assurance », des conditions générales d'assurance et de toutes les fiches des indemnités journalières qui lui ont été versées. Il a joint à son mémoire les copies d'une trentaine de pièces, dont la plupart figuraient déjà au dossier de la défenderesse.

Dans sa réponse du 17 août 2023, GMA SA a conclu, sous suite de frais et dépens, au rejet de la demande en paiement. Considérant que l'expertise du Dr E _____ avait une pleine valeur probante, elle a retenu que le demandeur présentait une capacité de travail de 50% dès le 1^{er} octobre 2021, puis entière dès le 1^{er} décembre 2021, dans une activité similaire à celle qu'il exerçait et qu'il se devait de rechercher un nouvel emploi au plus tard à compter du début du mois d'octobre 2021, moment auquel il avait eu connaissance de l'avis de son médecin traitant quant à une reprise du travail dans une activité adaptée, ce qu'il n'avait pas fait, de même qu'il ne s'était pas non plus inscrit au chômage, violant ainsi son obligation de réduire le dommage. GMA SA a ajouté qu'au vu des divers emplois effectués auparavant, le demandeur possédait un large spectre de possibilités afin de retrouver un emploi sans devoir à proprement parler changer de profession, si bien qu'il n'était pas justifié de lui accorder un délai supplémentaire. Elle a en outre produit son dossier.

Le 7 décembre 2023, le demandeur a relevé que le principe même de l'indemnisation ne divisait pas les parties, mais que seule la date de fin du versement des prestations

était contestée, la défenderesse estimant ne plus devoir prêter après le 30 novembre 2021, conformément à l'avis du Dr E _____. Le demandeur a soutenu que le Dr E _____ n'avait jamais indiqué qu'il pouvait reprendre à 100% dans une activité adaptée dès le 1^{er} décembre 2021, mais qu'il espérait seulement que tel soit le cas, ce qui ne s'était pas réalisé. A cet égard, l'intéressé a maintenu sa demande de mise en œuvre d'une expertise pour déterminer sa capacité de travail résiduelle. Quant à l'obligation de réduire le dommage, il a souligné que GMA SA semblait oublier la jurisprudence selon laquelle, en cas de changement de poste, l'assuré devait pouvoir bénéficier d'un temps d'adaptation pendant lequel l'indemnité journalière continuait à être versée pendant 3 à 5 mois, de même que celle déjà citée impliquant la continuation du versement des indemnités journalières au-delà de ce laps de temps.

GMA SA a dupliqué le 11 janvier 2024, maintenant sa position s'agissant de la pleine valeur probante à accorder à l'expertise du Dr E _____ et précisant qu'un délai supplémentaire n'avait pas à être imparti pour que le demandeur retrouve un emploi, dès lors que celui-ci ne devait pas envisager un changement de profession mais était en mesure de retrouver son activité habituelle auprès d'un autre employeur.

Le 15 janvier 2024, la Cour a décidé de renoncer à mettre en œuvre les moyens de preuve proposés par les parties, leur a indiqué que la cause était soumise à la procédure simplifiée (art. 243 ss CPC) et leur a imparti un délai pour déposer d'éventuelles plaidoiries écrites (art. 232 al. 2 CPC).

GMA SA a fait usage de cette possibilité le 8 février 2024, en rappelant les faits de la cause et les arguments formulés dans sa réponse du 17 août 2023. L'assuré en a fait de même le 18 mars 2024, en maintenant sa position et en augmentant ses conclusions, en ce sens qu'il réclamait le versement d'indemnités journalières d'un montant supplémentaire de 3841 fr. 41 avec intérêts à 5% l'an dès le 15 août 2022 (date moyenne).

Considérant en droit

1.

1.1 Le contrat d'assurance litigieux relève du droit privé et est soumis à la LCA conformément à l'article 2 de la loi fédérale du 26 septembre 2014 sur la surveillance de

l'assurance-maladie sociale (LSAMal) et à l'article 2 chiffre 3 des conditions générales de l'assurance collective d'une indemnité journalière en cas de maladie selon la LCA (ci-après : CG), édition au 1^{er} septembre 2016 (PCAM03-F3).

Aux termes de l'article 7 CPC, les cantons peuvent instituer un tribunal qui statue en tant qu'instance cantonale unique sur les litiges portant sur les assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale selon la LAMal. Sur cette base, l'article 5 alinéa 1 lettre a de la loi d'application du code de procédure civile suisse du 11 février 2009 (LACPC) prévoit que le Tribunal cantonal connaît, en instance cantonale unique, des affaires civiles relevant notamment de l'article 7 CPC. A teneur de l'article 10 chiffre 14 LACPC, l'article 2 alinéa 1 de l'ordonnance cantonale du 13 mars 1996 a été modifié comme suit : le Tribunal cantonal connaît en tant qu'instance cantonale unique les litiges relatifs aux assurances complémentaires au sens de l'article 2 LSAMal lequel reprend la teneur de l'article 12 alinéa 2 LAMal tel qu'en vigueur jusqu'au 31 décembre 2015 (FF 2012 1725,1739).

La compétence du Tribunal cantonal à raison de la matière pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

1.2 La LCA a fait l'objet d'une révision entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2022 (modification du 19 juin 2020 ; RO 2020 4969 ; RO 2021 357).

En cas de changement de règles de droit, la législation applicable reste, en principe, celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières de droit transitoire (ATF 136 V 24 consid. 4.3 et la référence).

Selon la disposition transitoire relative à la modification de la LCA, seules les prescriptions en matière de forme (let. a) et le droit de résiliation au sens des articles 35a et 35b (let. b) s'appliquent aux contrats qui ont été conclus avant l'entrée en vigueur de cette modification. S'agissant des autres dispositions de la LCA, elles s'appliquent uniquement aux nouveaux contrats (FF 2017 4767, p. 4812).

En l'occurrence, le contrat entre l'employeur et la défenderesse a été conclu avant le 1^{er} janvier 2022 et l'objet du litige ne porte ni sur des prescriptions en matière de forme, ni sur le droit de résiliation au sens des articles 35a et 35b LCA, de sorte que les dispositions de la LCA applicables seront citées dans leur teneur au 31 décembre 2021.

1.3 L'article 46a aLCA prévoit que le for se définit selon la loi du 24 mars 2000 sur les fors (LFors) qui a été abrogée au 1er janvier 2011 par l'entrée en vigueur du CPC, auquel il convient désormais de se référer. En vertu de l'article 32 alinéa 1 lettre a CPC, en cas de litige concernant les contrats conclus avec des consommateurs - dont font partie les contrats conclus en matière d'assurance accidents ou maladie privée (arrêt du Tribunal fédéral 4A_575/2013 du 11 mars 2014 consid. 2.2) -, le for est celui du domicile ou du siège de l'une des parties lorsque l'action est intentée par le consommateur.

En outre, les conditions générales d'assurances prévoient qu'en cas de contestations, le preneur d'assurance ou l'ayant droit peut choisir soit les tribunaux de son domicile suisse soit ceux du siège de l'assureur (art. 33 CG).

La défenderesse ayant son siège en Valais, le Tribunal est également compétent à raison du lieu pour connaître de la présente demande.

1.4 Le Tribunal cantonal a attribué à sa Cour des assurances sociales (art. 19 al. 1 LOJ et art. 65 al. 2 LPJA) la compétence de traiter les litiges relatifs aux assurances complémentaires au sens de l'article 2 LSAMal (arrêt du Tribunal fédéral 4A_241/2015 du 20 octobre 2015 consid. 2). La Cour de céans est dès lors compétente *ratione materiae* et *loci* pour connaître du présent litige. Pour le surplus, la demande répond aux réquisits légaux de forme (art. 130 et 244 CPC). Elle est donc recevable.

1.5 La procédure de conciliation n'a pas lieu d'être dans les litiges portant sur les assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale lorsque les cantons ont prévu une instance cantonale unique selon l'art. 7 CPC (ATF 138 III 558 consid. 4), ce qui est le cas en Valais (art. 2 al. 1 de l'ordonnance cantonale du 13 mars 1996 désignant les autorités et les procédures en matière d'assurance-maladie).

2.

2.1 Le litige porte sur le droit du demandeur au versement d'indemnités journalières au-delà du 30 novembre 2021. Plus précisément, il convient de déterminer si celui-ci présentait une capacité de travail au 1^{er} décembre 2021 et, dans l'affirmative, si la défenderesse était en droit d'exiger qu'il fasse valoir cette capacité dès cette date sans lui octroyer de délai d'adaptation.

2.2 La loi fédérale sur le contrat d'assurance ne comporte pas de dispositions particulières à l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie ou d'accident, de

sorte qu'en principe, le droit aux prestations se détermine exclusivement d'après la convention des parties (ATF 133 III 185 consid. 2).

L'article 3 chiffre 7 des CG définit l'incapacité de travail comme : « *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 ou mentale. En cas d'incapacité de travail de plus de six mois, le droit aux prestations dépend de l'incapacité de gain* ». L'indemnité journalière est allouée proportionnellement au degré d'incapacité qui doit être d'au moins 25 % (art. 13 ch. 1 let. a CG). En cas de changement d'activité exigé, le droit à l'indemnité journalière dépend de l'existence d'une perte de gain éventuelle imputable au risque assuré. Celle-ci se détermine par la différence entre le revenu qui pourrait être obtenu sans la survenance de l'éventualité assurée dans la profession exercée jusqu'ici et le revenu qui est obtenu ou pourrait raisonnablement être réalisé dans la nouvelle profession (ATF 114 V 281 consid. 3c in fine p. 286). La perte de gain chiffrée en pour cent donne ainsi le taux de l'incapacité de travail résiduelle (arrêt genevois ATAS/250/2015 du 8 avril 2015 consid. 3b).

2.3 Pour les contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de la LAMal, la procédure simplifiée s'applique (art. 243 al. 2 let. f CPC) et la Cour de céans établit les faits d'office (art. 247 al. 2 let. a CPC). La jurisprudence applicable avant l'introduction du CPC, prévoyant l'application de la maxime inquisitoire sociale aux litiges relevant de l'assurance-maladie complémentaire, reste pleinement valable (ATF 127 III 421 consid. 2). Selon cette maxime, le juge doit établir d'office les faits, mais les parties sont tenues de lui présenter toutes les pièces nécessaires à l'appréciation du litige. Ce principe n'est pas une maxime officielle absolue, mais une maxime inquisitoire sociale. Le juge ne doit pas instruire d'office le litige lorsqu'une partie renonce à expliquer sa position. En revanche, il doit interroger les parties et les informer de leur devoir de collaboration et de production des pièces ; il est tenu de s'assurer que les allégations et offres de preuves sont complètes uniquement lorsqu'il a des motifs objectifs d'éprouver des doutes sur ce point. L'initiative du juge ne va pas au-delà de l'invitation faite aux parties de mentionner leurs moyens de preuve et de les présenter. La maxime inquisitoire sociale ne permet pas d'étendre à bien plaisir l'administration des preuves et de recueillir toutes les preuves possibles (ATF 141 III 569 consid. 2.3.1 et 2.3.2, 130 III 102 consid. 2.2 et 125 III 231 consid. 4a).

Par ailleurs, la maxime inquisitoire laisse le juge libre dans sa manière d'apprécier les preuves et ne lui interdit pas de renoncer à un moyen de preuve par appréciation

anticipée. Ni la maxime inquisitoire, ni d'ailleurs le droit à la preuve d'une partie ne sont violés lorsque le juge refuse une mesure probatoire parce qu'il est déjà convaincu qu'une allégation de fait a été établie ou réfutée (en matière de droit à la preuve : ATF 140 I 99 consid. 3.4, 133 III 295 consid. 7.1, 131 III 222 consid. 4.3 et 129 III 18 consid. 2.6 et les références). Le principe de la libre appréciation des preuves signifie que le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge 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.

Au surplus, la maxime inquisitoire sociale ne modifie pas la répartition du fardeau de la preuve (arrêts du Tribunal fédéral des assurances 4C.185/2003 du 14 octobre 2003 consid. 2.1 et 4P.297/2001 du 26 mars 2002, consid. 2a). Selon l'article 8 CC, chaque partie doit, sauf disposition légale contraire, prouver les faits qu'elle allègue pour en déduire son droit. En l'absence de disposition spéciale contraire, l'article 8 CC répartit le fardeau de la preuve et détermine quelle partie doit assumer les conséquences de l'échec de la preuve (ATF 129 III 18 consid. 2.6). Cette disposition confère également un droit à la preuve (comme d'ailleurs à la contre-preuve ; ATF 126 III 315 consid. 4a p. 317), à la condition qu'il s'agisse d'établir un fait pertinent (art. 150 al. 1 CPC), qui n'est pas déjà prouvé, par un moyen de preuve adéquat, proposé régulièrement et en temps utile (art. 152 al. 1 CPC ; ATF 143 III 297 consid. 9.3.2 ; 133 III 295 consid. 7.1, 129 III 18 consid. 2.6 et les arrêts cités). Le droit à la preuve n'accorde pas le droit à des mesures probatoires déterminées (ATF 127 III 519 consid. 2a), ni ne dicte au juge comment forger sa conviction (ATF 128 III 22 consid. 2d). Il ne permet pas de remettre en question l'appréciation des preuves effectuée par le juge (ATF 130 III 591 consid. 5.4), ni de critiquer son appréciation quant à l'aptitude d'un moyen de preuve à démontrer un fait pertinent (ATF 122 III 219 consid. 3c). Il n'exclut pas l'appréciation anticipée des preuves (ATF 143 III 297 consid. 9.3.2, 138 III 374 consid. 4.3.2).

Lorsque la preuve stricte est impossible à rapporter (état de nécessité en matière de preuve), le degré de preuve requis est réduit à la vraisemblance prépondérante. Tel est fréquemment le cas s'agissant de la preuve de la survenance du sinistre, en particulier en matière d'assurance-vol (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; arrêts du Tribunal fédéral 4A_211/2017 du 4 décembre 2017 consid. 3.1, 4A_671/2010 du 25 mars 2011 consid. 2.3 et les arrêts cités). L'article 8 CC confère à l'assureur le droit à la contre-preuve; il peut donc apporter des éléments propres à créer un doute et à ébranler la vraisemblance

prépondérante que l'ayant droit s'efforce d'établir. Le juge doit procéder à une appréciation d'ensemble des éléments qui lui sont apportés et dire s'il retient qu'une vraisemblance prépondérante a été établie (ATF 130 III 321 consid. 3.4 ; arrêts du Tribunal fédéral 4A_180/2010 du 3 août 2010 consid. 2.4.1 et 4A_186/2009 du 3 mars 2010 consid. 6.2.2. et 6.3).

En résumé, l'assuré, qui prétend au versement d'indemnités journalières, doit établir la persistance d'une incapacité de travail au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 141 III 241 consid. 3.1 et arrêt du Tribunal fédéral 4A_516/2014 du 11 mars 2015 consid. 4.1). Sa position est facilitée dans la mesure où il n'est pas contesté qu'il s'est trouvé en incapacité de travail jusqu'à une certaine date. Cela étant, ce n'est pas à la compagnie d'assurances de prouver un recouvrement total ou partiel de la capacité de travail. Dans le cadre de son droit à la contre-preuve, elle doit tout au plus apporter des éléments propres à instiller des doutes et à ébranler la vraisemblance prépondérante que l'assuré s'efforce d'établir ; ce genre de doutes peut découler déjà d'allégations de partie, respectivement d'expertises privées (ATF 130 III 321 consid. 3.4 et arrêt du Tribunal fédéral 4A_85/2017 du 4 septembre 2017 consid. 2.3).

Jusqu'au 31 décembre 2024, l'expertise en tant que moyen de preuve admis au sens de l'article 168 alinéa 1 lettre d CPC ne visait que l'expertise judiciaire au sens de l'article 183 aliéna 1 CPC. Une expertise privée n'était en revanche pas un moyen de preuve mais une simple allégation de partie (ATF 141 III 433 consid. 2.5.2 et 2.5.3). Avec l'entrée en vigueur du nouvel article 177 CPC au 1^{er} janvier 2025, l'expertise privée devient un titre et, partant, un moyen de preuve au sens de l'article 168 alinéa 1 lettre b CPC, soumis à la libre appréciation des preuves du tribunal. Conformément aux règles de droit transitoire (art. 407f CPC), l'article 177 CPC s'applique également aux procédures en cours à l'entrée en vigueur de la modification du 17 mars 2023, soit au 1^{er} janvier 2025, ce qui est le cas en l'espèce.

2.4 En présence 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. Ce qui compte à cet égard, c'est 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, 25 V 351 consid. 3a ; arrêt du Tribunal fédéral 4A_318/2016 précité consid. 6.2). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge doit avoir égard au fait que la relation de confiance unissant un patient à son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci ; cela ne justifie cependant pas en soi d'évincer tous les avis émanant des médecins traitants. Il faut effectuer une appréciation globale de la valeur probante du rapport du médecin traitant au regard des autres pièces médicales (ATF 137 V 210 consid. 1.3.4, 135 V 469 consid. 4.4, 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3 ; arrêts du Tribunal fédéral 4A_424/2019 du 31 octobre 2019 consid. 3.1, 4A_172/2013 du 1^{er} octobre 2013 consid. 3.3 et 9C_12/2012 du 20 juillet 2012 consid. 7.1).

2.5 L'article 61 aLCA prévoyait que, lors du sinistre, l'ayant droit était obligé de faire tout ce qui était possible pour restreindre le dommage ; s'il n'y avait pas péril en la demeure, il devait requérir les instructions de l'assureur sur les mesures à prendre et s'y conformer (al. 1) ; si l'ayant droit contrevenait à cette obligation d'une manière inexcusable, l'assureur pouvait réduire l'indemnité au montant auquel elle serait ramenée si l'obligation avait été remplie (al. 2).

Il a été jugé que l'article 61 aLCA, bien que figurant parmi les dispositions spéciales relatives à l'assurance contre les dommages, exprimait un principe général du droit des assurances, qui s'applique également à l'assurance des personnes et aux assurances de sommes, notamment à l'assurance d'indemnités journalières (ATF 133 III 527 consid. 3.2.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 5C.18/2006 du 18 octobre 2006 consid. 7.1 publié in SJ 2007 I p. 238). Il n'y a pas lieu de s'écarter de cette jurisprudence constante.

Dans l'assurance d'indemnités journalières, l'obligation de réduire le dommage peut impliquer le devoir pour l'assuré de changer d'activité professionnelle, si cela peut être raisonnablement exigé de lui et permet de réduire son incapacité de travail. L'assureur qui entend faire application de la possibilité de réduire l'indemnité doit inviter l'assuré à changer d'activité et lui impartir pour ce faire un délai d'adaptation approprié ; en règle générale, un délai de trois à cinq mois doit être considéré comme adéquat. Le délai transitoire à accorder ne sert pas uniquement à la reconversion, mais bien plus généralement à l'adaptation et à la recherche d'emploi (ATF 133 III 527 consid. 3.2.1 ; 114 V 281 consid. 5b ; cf. notamment aussi l'arrêt du Tribunal fédéral 4A_111/2010 du 12 juillet 2010, consid. 3.2, où un délai transitoire de 5 mois a été considéré comme approprié, bien que l'assuré n'ait eu qu'à chercher un nouvel emploi, à temps partiel, dans sa profession d'origine). Il découle du but du délai transitoire que, pendant ce délai, les indemnités journalières doivent continuer à être versées conformément à l'incapacité

de travail dans la profession habituelle (arrêt du Tribunal fédéral 4A_73/2019 du 29 juillet 2019, consid. 3.3.3 et les références citées). L'analyse médico-théorique ne constitue toutefois qu'une première étape du raisonnement auquel il y a lieu de procéder. En effet, la loi ne permet pas à l'assureur de réduire ses prestations dans la perspective d'un changement d'activité purement théorique, qui n'est pratiquement pas réalisable. Au contraire, le juge doit procéder à une analyse concrète de la situation. Partant, il doit se demander, en fonction de l'âge de l'assuré et de l'état du marché du travail, quelles sont ses chances réelles de trouver un emploi tenant compte de ses limitations fonctionnelles. Le juge doit également examiner, en fonction de la formation, de l'expérience et de l'âge de l'ayant droit, si un tel changement d'activité peut réellement être exigé de lui (ATF 133 III 527 consid. 3.2 ; arrêts du Tribunal fédéral 4A_472/2022 du 15 juin 2023 consid. 4.2 et 4A_529/2012 du 31 janvier 2013 consid. 2.3 ; BREHM, Berner Kommentar, 4^e éd. 2013, n° 51 ad art. 44 CO).

3.

3.1 En l'espèce, le demandeur conteste la position de la défenderesse basée sur les conclusions de l'expertise du Dr E _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui lui a reconnu une capacité de travail de 50% dès le 1^{er} octobre 2021, puis de 100% à partir du 1^{er} décembre suivant, dans une activité adaptée, analogue à celles qu'il avait exercées par le passé, au motif que son médecin traitant, le Dr C _____, spécialiste FMH en médecine interne générale, avait attesté du contraire et prolongé son incapacité de travail au-delà du 30 novembre 2021.

3.2 Le demandeur se prévalant de l'incapacité de travail totale attestée du 30 avril 2021 au 31 mars 2022 par le Dr C _____, il sied en premier lieu d'apprécier la valeur probante des conclusions de ce praticien et de les confronter aux autres avis médicaux versés au dossier, en particulier de déterminer si, comme l'avance le demandeur, cet avis met en doute les conclusions du Dr E _____, expert mandaté par la défenderesse.

Après examen des différents avis médicaux produits, le Tribunal constate avec la défenderesse que le rapport d'expertise du Dr E _____ remplit bel et bien tous les requisits jurisprudentiels en matière de valeur probante. Il a en effet été rendu par un praticien d'une compétence reconnue en psychiatrie – à la différence du Dr C _____ –, dont aucun élément au dossier ne permet de mettre en doute l'impartialité. L'expert a pris connaissance de l'anamnèse et des avis médicaux versés au dossier, a fondé son rapport sur un examen psychiatrique complet comprenant notamment des tests idoines

et a soigneusement analysé la situation selon la procédure structurée exigée par la jurisprudence (cf. not. ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 et 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2). Le Dr E _____ a en outre pris en considération les plaintes exprimées, principalement une anxiété sévère, des troubles majeurs du sommeil, un flux de pensées et de ruminations, une baisse d'appétit, une incapacité à se concentrer sur une conversation ou une lecture, une irritabilité légère, un repli sur soi et plusieurs symptômes physiques associés à l'anxiété (cf. expertise p. 7). Après avoir évoqué les diagnostics posés par le Dr D _____ dans son rapport d'expertise du 27 mai 2021 et dûment expliqué pour quels motifs il s'en écartait, le Dr E _____ a retenu le diagnostic incapacitant de trouble schizotypique décompensé et conclu, de manière motivée, que l'activité habituelle de CEO au sein de A _____ Sàrl n'était plus exigible, mais que dans une activité adaptée, analogue à celles que l'intéressé avait effectuées auparavant, une capacité de travail de 50% était exigible dès le 1^{er} octobre 2021. L'expert a ajouté que le recouvrement d'une pleine capacité de travail pouvait être espéré dès le 1^{er} décembre suivant, tout en précisant qu'une instabilité professionnelle était à attendre au vu de la pathologie psychiatrique. La Cour relève à cet égard qu'une instabilité professionnelle n'est en aucun cas synonyme d'incapacité de travail et que le simple fait que le demandeur soit en désaccord avec les conclusions du Dr E _____ ne saurait suffire à les invalider.

S'agissant de l'avis du Dr C _____, la Cour constate qu'il n'est pas de nature à mettre en doute les conclusions dûment motivées de l'expert. En effet, il appert d'une part que, contrairement à ce que prétend le demandeur, le Dr C _____ n'a pas attesté une incapacité totale de travail pour l'entier de la période du 30 avril 2021 au 31 mars 2022. Dans un certificat du 29 septembre 2021, le Dr C _____ a indiqué, conformément à l'avis du Dr E _____, que son patient présentait une capacité de travail de 50% dès le 1^{er} octobre 2021, ce qu'il a confirmé dans un rapport du même jour, rempli à la demande de l'intéressé et destiné à GMA SA, dans lequel il a retenu qu'une reprise était envisageable à 50% dans une autre activité que celle qu'il exerçait. D'autre part, il ressort du dossier que l'ensemble des pièces médicales émises par le Dr C _____ postérieurement à l'expertise du Dr E _____ ne sont que de simples arrêts de travail, non motivés ni détaillés et n'indiquant pas pour quelles raisons les conclusions de l'expert seraient erronées (cf. pièce 3). Ce qui précède vaut d'autant plus qu'en tant que médecin traitant de l'intéressé, le Dr C _____ est lié par une relation de confiance avec celui-ci, ce qui est susceptible d'influencer l'objectivité ou l'impartialité de ses rapports, comme cela est rappelé par la jurisprudence topique citée ci-dessus (cf. *supra* consid. 2.4).

Quant à l'expertise du Dr D _____, elle n'a pas lieu d'être discutée en l'espèce, dès lors que des doutes suffisants à son encontre ont justifié à la mise en œuvre d'une seconde expertise, à savoir celle réalisée par le Dr E _____.

Au vu des éléments qui précèdent, le Tribunal considère que c'est à juste titre que, se fondant sur les conclusions de l'expert E _____, la défenderesse a retenu que son assuré avait recouvré une capacité de travail de 50% dès le 1^{er} octobre 2021, respectivement de 100% dès le 1^{er} décembre suivant, dans une activité adaptée, analogue à celles qu'il avait exercées auparavant. Le Tribunal était en outre fondé à ne pas donner suite à l'offre de preuve du demandeur tendant à la mise en œuvre d'une expertise (sur l'appréciation anticipée des preuves, cf. *supra* consid. 2.3).

3.3 Reste à savoir si la défenderesse pouvait mettre fin à ses prestations au 30 novembre 2021 sans impartir au demandeur un délai approprié pour trouver une nouvelle activité, motif pris qu'au vu des divers emplois qu'il avait effectués auparavant, celui-ci possédait un large spectre de possibilités afin de retrouver un emploi sans devoir à proprement parler changer de profession.

Dès lors que l'assuré présente une incapacité de travail totale dans son activité habituelle de CEO au sein de la société A _____ Sàrl, il peut être tenu, conformément à son obligation de diminuer le dommage (cf. *supra* consid. 2.5), d'utiliser sa capacité de travail résiduelle dans un autre secteur d'activité professionnelle. En effet, si l'expert a attesté une incapacité de travail totale dans l'ancien poste occupé, il a en revanche reconnu une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, de sorte qu'il appartient au demandeur de la mettre en valeur.

In casu, il ressort du dossier que l'intéressé a exercé diverses activités durant son parcours professionnel. En effet, après avoir terminé un apprentissage d'agriculteur, il a notamment travaillé en tant que chauffeur de taxi, vendeur de téléphones, responsable de magasins de téléphonie ou encore employé des pompes funèbres. Ces métiers ne sont toutefois qu'un exemple de professions que l'intéressé pourrait exercer. En effet, dans la mesure où seule l'activité de CEO au sein de A _____ Sàrl n'est plus exigible, principalement en raison d'un conflit avec l'associée gérante, on ne saurait nier qu'il existe sur le marché libre du travail d'autres possibilités permettant à l'assuré de s'investir en utilisant ses compétences professionnelles polyvalentes. Cela vaut d'autant plus que celui-ci n'était âgé que de 56 ans au moment où il s'est retrouvé sans emploi, respectivement lors de l'expertise du Dr E _____, ce qui lui laissait un laps de temps suffisant pour mettre en valeur sa capacité de travail dans une activité adaptée.

C'est ainsi à juste titre que la défenderesse a retenu, dans sa prise de position du 23 novembre 2021 consécutive à l'expertise du Dr E _____, que le demandeur était tenu d'entreprendre les démarches nécessaires pour faire valoir sa capacité de travail de 100% conformément à son obligation de réduire le dommage. En revanche, dès lors que l'activité habituelle de CEO au sein de la société A _____ Sàrl n'était plus exigible, le demandeur devait nécessairement changer d'emploi. En effet, il devait au minimum, s'il choisissait de rechercher un autre poste de CEO, changer d'employeur, voire, ce qui est plus probable, changer totalement d'activité, ce qui nécessitait un certain temps pour faire des recherches d'emploi. La défenderesse ne pouvait ainsi pas purement et simplement décider, dans sa prise de position du 23 novembre 2021, de cesser le versement des indemnités journalières au 30 novembre suivant sans accorder au demandeur un délai d'adaptation approprié. Cela vaut d'autant plus que, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral rappelée ci-dessus (cf. *supra* consid. 2.5), le délai transitoire à accorder ne sert pas uniquement à la reconversion, mais bien plus généralement à l'adaptation et à la recherche d'emploi.

Cela étant, il appert que GMA SA avait rendu l'intéressé attentif à son obligation de réduire le dommage en exploitant sa capacité de travail résiduelle dans son pli du 29 juin 2021 (cf. pièce 5). Elle s'est ensuite référée par trois fois à cette prise de position, en dates du 14 juillet, du 5 août et du 15 octobre 2021 (cf. pièces 7, 9 et 15). En outre, le demandeur a transmis lui-même à la défenderesse le rapport du 1^{er} octobre 2021 de son médecin traitant, qui retenait une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée. Partant, l'intéressé devait, au plus tard au 1^{er} octobre 2021, être conscient de la nécessité d'entreprendre des démarches pour retrouver un emploi. Au vu du large panel d'activités que celui-ci est en mesure d'exercer et compte tenu du fait que la défenderesse a versé les indemnités journalières à 100% pour les mois d'octobre et novembre 2021, alors que l'incapacité de travail n'était plus que de 50%, un délai d'adaptation de 3 mois depuis le moment où l'intéressé a retrouvé une pleine capacité de travail, soit dès le 1^{er} décembre 2021, apparaît adéquat pour lui permettre de trouver une nouvelle activité adaptée. La défenderesse ne pouvait ainsi pas mettre fin au versement des prestations au 30 novembre 2021, mais aurait dû le prolonger jusqu'au 28 février 2022.

3.4 Il s'ensuit que la défenderesse doit octroyer au demandeur des indemnités journalières pour le délai d'adaptation allant du 1^{er} décembre 2021 au 28 février 2022, avec intérêts de 5% l'an (art. 102 et 104 CO applicables par renvoi de l'art. 100 LCA) dès le 15 août 2022.

4.

4.1 Selon l'article 105 alinéa 2 CPC, qui renvoie à l'article 96 de cette même loi, le tribunal fixe les dépens selon le tarif. L'article 96 CPC prévoit que les cantons fixent le tarif des frais. Selon l'article 4 de la loi fixant le tarif des frais et dépens devant les autorités judiciaires ou administratives (LTar, RS/VS 173.8), les dépens comprennent l'indemnité à la partie pouvant y prétendre (al. 2) et ses frais de conseil juridique (al. 3). Les frais du conseil juridique comprennent les honoraires, calculés selon les articles 27 et suivants de la loi, auxquelles s'ajoutent les débours (art. 4 al. 3 LTar). Les honoraires sont fixés entre un minimum et un maximum prévus par le présent chapitre, d'après la nature et l'importance de la cause, ses difficultés, l'ampleur du travail, le temps utilement consacré par le conseil juridique et la situation financière de la partie (art. 27 al. 1 LTar). Les honoraires sont, en règle générale, proportionnels à la valeur litigieuse (art. 27 al. 2 LTar). Les dépens s'entendent TVA comprise (art. 27 al. 5, 1^{ère} phrase LTar). Pour les contestations et affaires civiles de nature pécuniaire, soumises à la procédure ordinaire ou simplifiée, et tranchées en première ou unique instance, les honoraires sont fixés comme suit : pour une valeur litigieuse de 150'001 à 200 000 fr. (*in casu* 156'489 fr. 81 [= 152'648 fr. 40 + 3841 fr. 41], correspondant à 529 jours d'indemnités, soit environ une année et demi), les honoraires sont fixés dans les limites de 12'800 fr. à 17'600 fr. (art. 32 al. 1 LTar).

Le demandeur, représenté par un mandataire professionnel, obtient très partiellement gain de cause (trois mois d'indemnités journalières octroyés au lieu d'environ un an et demi requis). Il a dès lors droit à des dépens réduits fixés en fonction de l'issue de la procédure, à charge de la défenderesse. L'activité utile de Me Primault a consisté en la rédaction d'un mémoire-demande, d'un mémoire-réponse ainsi que de plaidoiries écrites reprenant principalement les faits et arguments développés dans lesdits mémoires, dans un dossier relativement simple, de sorte qu'en conformité des critères posés par la loi et par la jurisprudence, la Cour de céans fixe les dépens pour la présente procédure à 2700 fr. (débours et TVA inclus).

4.2 Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 114 let. e CPC).

Prononce

1. La demande est partiellement admise.
2. Groupe Mutuel Assurances GMA SA versera à X _____ des indemnités journalières pour une incapacité de travail entière du 1^{er} décembre 2021 au 28 février 2022, avec intérêts à 5% l'an dès le 15 août 2022.
3. Il n'est pas perçu de frais.
4. Groupe Mutuel Assurances GMA SA versera à X _____ une indemnité de 2700 fr. pour ses dépens.

Sion, le 19 mai 2025