

S2 19 102

JUGEMENT DU 22 JUIN 2022

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

Composition : Candido Prada, président ; Jean-Bernard Fournier et Christophe Joris, juges ; Mireille Allegro, greffière

en la cause

X _____, demanderesse, représentée par Maître Beatrice Pilloud, avocate, 1951 Sion

contre

MUTUEL ASSURANCES SA, 1919 Martigny, défenderesse

(Assurance complémentaire ; indemnités journalières maladie LCA ; incapacité à géométrie variable)

Faits

A. X _____ née le xxx 1991, a travaillé en qualité de vendeuse auprès de A _____ Sàrl, à B _____, dès le 1^{er} mars 2017 et, à ce titre, était assurée auprès de Mutuel Assurances SA (ci-après : Mutuel) pour la couverture d'une indemnité journalière maladie selon la LCA (loi fédérale sur le contrat d'assurance, RS 221.229.1), à hauteur d'un montant journalier assuré de 92 fr. 05 (cf. police d'assurance, pièce 21 et conditions générales PC, pièce 22).

Par déclaration d'incapacité de travail maladie du 29 novembre 2018 (reçue le 17 janvier 2019 ; pièce 23), l'employeur a signalé à Mutuel que l'assurée était en incapacité de travail totale depuis le 9 octobre 2018 en raison d'un état dépressif (pièce 23). Malgré le retard de l'annonce, Mutuel a accepté de prendre en charge le cas (pièce 24).

B. Le 18 janvier 2019, Mutuel a appris de l'employeur que l'assurée avait donné son congé et était toujours en incapacité de travail (pièce 25 ; courriel du 6 février 2019 de Mutuel à l'employeur).

Le 14 février 2019, Mutuel a réceptionné les pièces suivantes :

- un certificat médical établi par le Dr C _____, médecin généraliste, le 27 décembre 2018, attestant que l'assurée était suivie régulièrement depuis 3 mois pour une pathologie ayant entraîné une incapacité de travail totale depuis le 9 octobre 2018 et que son état de santé était devenu compatible avec une reprise d'activité professionnelle au 3 janvier 2019, mais plus au poste de travail que l'assurée occupait jusqu'à son arrêt et auprès du même employeur (pièce 25) ;
- un certificat médical standard signé par le Dr C _____ le 8 janvier 2019 attestant une durée probable de l'incapacité de travail jusqu'au 31 janvier 2019 ;
- un courrier du 2 janvier 2019 de l'assurée à son employeur intitulé « Démission », signalant qu'en raison du certificat médical envoyé le 28 décembre 2018, elle résiliait son contrat de travail avec effet au 31 janvier 2019 (pièce 26) ;
- un second courrier daté du 11 janvier 2019 intitulé « Congé » dans lequel l'assurée a précisé que puisque le délai de congé était de deux mois, les rapports de travail finiraient le 31 mars 2019 (pièce 26).

Le 21 février suivant, Mutuel a encore reçu :

- un certificat médical standard signé par le Dr C _____ le 28 janvier 2019 attestant une durée probable de l'incapacité de travail jusqu'au 28 février 2019.

Par courrier du 1^{er} mars 2019, Mutuel a informé l'assurée qu'elle mettait un terme aux indemnités journalières au 31 janvier 2019, au motif qu'après analyse du certificat médical du 27 décembre 2018 du médecin traitant, elle avait constaté que l'assurée avait arrêté de travailler parce qu'elle n'était plus en adéquation avec son environnement professionnel, mais que dans un autre environnement elle ne présentait pas d'atteinte à la santé à même de justifier une incapacité de travail dans son domaine d'activité (pièce 27).

C. Le 26 mars 2019, l'assurée, représentée par CAP Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA, s'est opposée à la décision de Mutuel dans la mesure où celle-ci reconnaissait l'incapacité de travail dans l'activité exercée et aurait dû octroyer un délai d'adaptation conformément à la jurisprudence topique de l'article 61 LCA avant de réduire ses prestations (pièce 29).

Par courrier du 23 avril 2019, l'assurée a une nouvelle fois demandé à Mutuel de revoir sa position dans la mesure où elle n'était pas justifiée et lui causait une perte de revenus difficile à supporter (pièce 32).

Répondant le 8 mai 2019 (pièce 33), Mutuel a relevé que la jurisprudence relative à l'article 61 LCA s'appliquait lorsqu'un changement de profession s'avérait nécessaire en raison de limitations fonctionnelles dues à l'état de santé, ce qui n'était pas le cas de l'assurée qui pouvait reprendre un emploi dans son domaine d'activité et n'était donc plus en incapacité de travail pour une raison médicale mais uniquement en raison de l'environnement professionnel (pièce 33).

D. Nouvellement représentée par M^e Beatrice Pilloud, X _____ a déposé une action en paiement contre Mutuel, concluant, sous suite de frais et dépens, à ce que Mutuel soit condamnée à verser à l'assurée le montant de 5338 fr. 90 correspondant aux indemnités journalières pour la période allant du 1^{er} février 2019 au 31 mars 2019 (soit 58 jours à 92 fr. 05 par jour). De son point de vue, Mutuel devait octroyer un délai d'adaptation à l'assurée même si c'était l'environnement professionnel et non l'activité en elle-même qui posait problème. En effet, l'incapacité de travail avait une raison médicale, même si elle trouvait son origine dans l'environnement professionnel.

Répondant le 9 janvier 2020, Mutuel a conclu, sous suite de frais et dépens, au rejet de la demande en paiement. Elle a considéré qu'une incapacité de travail liée exclusivement à l'employeur ne répondait pas à la définition d'une incapacité de travail et qu'il revenait à l'assurée de rechercher un nouvel emploi dès la fin décembre 2018, soit à compter de la remise du certificat médical attestant une reprise d'activité au 3

janvier 2019 et ne devait pas attendre la fin du mois de mars 2019 pour démissionner et s'inscrire au chômage, violant ainsi son obligation de réduire le dommage.

Le 2 mars 2020, la demanderesse a relevé qu'elle ne pouvait pas abandonner son emploi en janvier 2019 et s'inscrire au chômage, car elle devait respecter les délais légaux de résiliation. Elle a ajouté qu'en revanche, elle ne pouvait plus retourner sur sa place de travail pour raison médicale, de sorte que Mutuel aurait dû lui octroyer un délai d'adaptation et lui verser les indemnités jusqu'au 31 mars 2019.

Prenant position le 20 avril 2020, la défenderesse a relevé qu'il n'appartenait pas à l'assurance de verser des indemnités durant le délai de congé légal alors que la demanderesse était capable de travailler.

Par ordonnance du 22 avril 2022, la Cour a clos l'échange d'écritures et constaté que la cause était en état d'être jugée selon les disponibilités du rang des causes.

Le 5 mai 2022, la demanderesse a demandé où en était le traitement du dossier, ce à quoi la Cour a répondu, le 6 mai 2022, qu'un jugement serait rendu d'ici la fin du semestre en cours.

Considérant en droit

1.1.1 Aux termes de l'article 7 du Code de procédure civile du 19 décembre 2008 (CPC, RS 272), 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 loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie. 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, RS/VS 270.1) 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 alinéa 14 LACPC, l'article 2 alinéa 1 de l'ordonnance cantonale désignant les autorités et les procédures en matière d'assurance-maladie du 13 mars 1996 (RS/VS 832.100) a été modifié comme suit : le Tribunal cantonal connaît en tant qu'instance cantonale unique des litiges relatifs aux assurances complémentaires au sens de l'article 2 de la loi fédérale sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale (LSAMal, RS 832.12) lequel reprend la teneur de l'article

12 alinéa 2 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal, RS 832.10) tel qu'en vigueur jusqu'au 31 décembre 2015 (FF 2012 1725,1739).

Le Tribunal cantonal a attribué à sa Cour des assurances sociales (art. 19 al. 1 de la loi sur l'organisation de la justice - LOJ, RS/VS 173.1, et art. 65 al. 2 de la loi sur la procédure et la juridiction administratives - LPJA, RS/VS 172.6) 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* pour connaître du présent litige.

1.1.2 L'article 46a LCA prescrit que le for se définit selon la loi du 24 mars 2000 sur les fors (LFors, RS 272) qui a été abrogée au 1^{er} janvier 2011 par l'entrée en vigueur du CPC, auquel il convient désormais de se référer. Selon 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 censés porter sur une prestation de consommation courante (arrêt du tribunal fédéral 5C.222/2005 du 12 janvier 2006 consid. 2.2 et les références) -, le for est celui du domicile ou du siège de l'une des parties lorsque l'action est intentée par le consommateur. De plus, l'article 17 alinéa 1 CPC consacre la possibilité d'une élection de for écrite. En l'occurrence, l'article 33 des conditions générales d'assurance PC de la défenderesse (CGA) prévoit qu'en cas de contestation, le preneur d'assurance, l'assuré ou l'ayant droit peut choisir soit les tribunaux de son domicile suisse, soit ceux du siège de l'assureur, soit ceux du lieu de travail suisse pour l'assuré domicilié à l'étranger.

1.1.3 Au vu des dispositions et de la jurisprudence qui précèdent et du fait que la demanderesse est domiciliée en Valais, la Cour de céans est compétente en raison du lieu et de la matière pour connaître de la présente cause.

1.2 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'article 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).

1.3 A teneur de l'article 243 alinéa 2 lettre f CPC, la procédure simplifiée s'applique, quelle que soit la valeur litigieuse, aux litiges portant sur des assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie. Le tribunal établit les faits d'office dans les affaires visées à l'article 243 alinéa 2 CPC (art. 247 al. 2 let. a CPC).

Il s'agit là de la maxime inquisitoire simple et non de la maxime inquisitoire illimitée de l'article 296 alinéa 3 CPC. La doctrine et la jurisprudence la qualifient aussi de maxime inquisitoire sociale. Elle a pour but de protéger la partie faible au contrat, de garantir l'égalité entre les parties au procès et d'accélérer la procédure (ATF 125 III 231 consid. 4a).

Selon la maxime inquisitoire, l'autorité définit les faits pertinents et ne tient pour existants que ceux qui sont dûment prouvés. Elle ne se livre à aucune investigation de sa propre initiative. Lorsque les parties sont représentées par un avocat, le tribunal peut et doit faire preuve de retenue, comme dans un procès soumis à la procédure ordinaire (arrêt du Tribunal fédéral 4A_67/2021 du 8 avril 2021 ; ATF 141 III 569 consid. 2.3.1 et 2.3.2).

En l'occurrence, la demanderesse a déposé un mémoire simplifié conforme aux réquisits posés à l'article 244 CPC. Il sied dès lors d'entrer en matière sur sa demande.

1.4 Enfin, il sied d'admettre que les parties ont renoncé aux plaidoiries écrites, ainsi qu'à une audience, par actes concluants. En effet, force est de constater que ni la demanderesse agissant par un mandataire professionnel ni la défenderesse représentée par deux collaboratrices du service juridique n'ont réagi à l'ordonnance de clôture du 22 avril 2020 (cf. arrêt du Tribunal fédéral 4A_627/2015 du 9 juin 2016 consid. 2.3).

2. Est litigieuse la question de savoir si la défenderesse était en droit de mettre un terme au versement des indemnités journalières au 31 janvier 2019 sans octroyer un délai d'adaptation à la demanderesse jusqu'au terme de son contrat de travail le 31 mars 2019.

2.1.1 Selon l'article 3 CGA, 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 être raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique.

L'article 13 chiffre 3 CGA prévoit que l'assureur paie l'incapacité médicalement attestée et prouvée. Une attestation du médecin, basée sur des consultations régulières au cabinet, doit être remise à l'assureur au moins une fois par mois.

Selon l'article 18 chiffre 2 lettre b CGA, les prestations peuvent être réduites ou refusées temporairement ou définitivement si le preneur d'assurance ou l'assuré ne respectent pas les obligations citées aux articles 25 et 26 CGA. Or, à teneur de l'article 26 chiffre 6

CGA, l'assuré a l'obligation de diminuer le dommage ce qui inclut notamment la collaboration avec les institutions d'assurance sociale. Selon le chiffre 7, il participe, dans les limites de ce qui peut raisonnablement être exigé de lui, à un traitement ou à une mesure de réinsertion professionnelle susceptible d'améliorer notablement sa capacité de travail ou d'offrir une nouvelle possibilité de gain.

2.1.2 L'article 61 LCA prévoit que lors du sinistre, l'ayant droit est obligé de faire tout ce qui est possible pour restreindre le dommage ; s'il n'y a pas péril en la demeure, il doit requérir les instructions de l'assureur sur les mesures à prendre et s'y conformer (al. 1) ; si l'ayant droit contrevient à cette obligation d'une manière inexcusable, l'assureur peut 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 LCA, bien qu'il figure parmi les dispositions spéciales relatives à l'assurance contre les dommages, exprime 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 des 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. 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 (ATF 133 III 527 consid. 3.2 ; cf. arrêt du Tribunal fédéral 4A_529/2012 du 31 janvier 2013 consid. 2.3 ; Roland Brehm, Berner Kommentar, 4^e éd. 2013, n° 51 ad art. 44 CO).

En outre, conformément à l'article 8 CC, il incombe à l'assureur qui n'entend pas indemniser la totalité du dommage subi par l'assuré de prouver que celui-ci a violé son

devoir de réduire le dommage. A cet égard, il lui appartient de démontrer que les mesures tendant à diminuer le dommage qui n'ont pas été prises par l'assuré pouvaient raisonnablement être exigées de celui-ci (arrêt du Tribunal fédéral 4A_574/2014 du 15 janvier 2015 consid. 4.1 et doctrine citée). L'assureur doit alléguer les faits propres à démontrer cette violation du devoir de réduire le dommage.

2.2.1 En l'espèce, il ressort des certificats médicaux successifs, établis par le Dr C _____, déposés par l'assurée et figurant au dossier de la défenderesse (pièce 42), que la demanderesse a été en incapacité de travail totale durant les périodes suivantes :

- du 9 octobre 2018 durant 12 jours
- du 9 octobre 2018 au 31 octobre 2018
- du 9 octobre 2018 au 31 novembre 2018
- du 9 octobre 2018 au 21 décembre 2018
- du 9 octobre 2018 au 31 décembre 2018
- du 9 octobre 2018 au 3 janvier 2019
- du 9 octobre 2018 au 31 janvier 2019
- du 9 octobre 2018 au 28 février 2019.

Le mardi 27 décembre 2018, la demanderesse a reçu de son médecin un certificat lui permettant de reprendre toute activité dès le 3 janvier 2019, hormis auprès de son ancien employeur. Le mercredi 28 décembre 2018, elle a apparemment envoyé ce certificat à son employeur (cf. lettre de résiliation du 2 janvier 2019), avant de rédiger une lettre de « démission » le dimanche 2 janvier 2019. Contrairement à ce que prétend la défenderesse, on ne saurait reprocher à la demanderesse d'avoir tardé à résilier son rapport de travail. Il est normal dans une telle situation de prendre quelques jours pour réfléchir aux choix qui se présentent et à leurs conséquences pour l'avenir. Tout au plus, l'employée aurait-elle pu résilier son contrat pour le 28 février 2018 en envoyant sa lettre de démission le mercredi 28 décembre 2018, en même temps que le certificat médical du Dr C _____ du 27 décembre 2018. Or, quoi qu'il en soit, au vu des certificats remis, l'incapacité de travail ne pourrait être indemnisée que jusqu'au 28 février 2019 en vertu de l'article 13 chiffre 3 CGA et non jusqu'au 31 mars 2019 comme le réclame la demanderesse.

En conclusion, il n'est pas établi que la demanderesse ait violé son obligation de réduire le dommage. Partant, l'assurance ne saurait réduire l'indemnité en application de l'article 61 alinéa 2 LCA.

2.2.2 Sur le fond, il appartient à la demanderesse d'apporter la preuve, à hauteur de la vraisemblance prépondérante, du fait qu'elle doit être mise au bénéfice d'indemnités journalières perte de gain en cas de maladie, fondées sur une incapacité totale de travail au sens de la police d'assurance et des conditions générales applicables, pour la période du 9 octobre 2018 au 31 mars 2019 (art. 8 CC ; ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3).

Sur ce point, la défenderesse estime qu'à partir du 3 janvier 2019, la demanderesse n'était plus en incapacité de travail pour des raisons médicales mais uniquement en raison de son environnement professionnel, ce qui ne correspondrait plus à la notion d'incapacité de travail.

La Cour n'est pas de cet avis. Il arrive en effet que l'incapacité de travail soit intimement liée au poste occupé et que l'employé ait une capacité de travail totale ou partielle dans un autre poste ou auprès d'un autre employeur. On parle d'incapacité de travail liée à la place de travail. Cette forme particulière d'incapacité de travail est souvent liée à un stress psychologique au travail, par exemple dans une situation de conflit ou de mobbing. Il est incontesté que l'employé a droit au versement de son salaire en cas d'incapacité de travail liée au poste de travail. Ce qui est déterminant et justifie ce droit, c'est que le salarié soit en incapacité de travail au sens de la loi pour des raisons personnelles et sans faute de sa part. Il n'est pas absolument nécessaire que le travail ne soit pas possible au sens strictement médical. Ne pas pouvoir fournir la prestation contractuelle suffit.

Lorsque l'employeur a contracté une assurance d'indemnités journalières en cas de maladie, celle-ci prend le relais de l'obligation légale de l'employeur de payer le salaire. En vertu du principe de l'obligation de diminuer le dommage, elle peut exiger un changement de poste en adressant à l'assuré une mise en demeure écrite. Ce n'est qu'à cette condition, qu'elle pourra ensuite réduire ses prestations (cf. analogie avec les art. 6 et 21 al. 4 LPGa).

En l'espèce, la demanderesse a perdu son aptitude à travailler comme vendeuse auprès de son employeur en raison de l'apparition d'un état dépressif incapacitant. Or, le fait que cette atteinte psychique se soit développée en raison de l'environnement professionnel inadapté et non en raison de l'activité de vendeuse en tant que telle ne change rien au fait que la demanderesse n'était plus capable de travailler en raison d'une atteinte psychique jusqu'à la résiliation de ses rapports de travail, respectivement jusqu'au 28 février 2019 selon le dernier certificat d'incapacité de travail établi par le Dr C _____ et remis à la défenderesse le 21 février 2019. La demanderesse ayant

démisionné sans tarder afin de trouver un autre emploi, la défenderesse n'avait certes plus besoin de lui impartir un délai d'adaptation convenable, mais devait indemniser l'incapacité de travail médicalement attestée conformément aux CGA.

2.3 Il s'ensuit que la défenderesse doit octroyer à la demanderesse des indemnités journalières pour l'incapacité de travail entière médicalement attestée du 1^{er} au 28 février 2019, avec intérêts de 5% l'an (art. 102 et 104 CO applicables par renvoi de l'art. 100 LCA) dès le lendemain du jour où la demande en justice a été notifiée au débiteur (arrêt du Tribunal fédéral 5C.177/2005 du 25 février 2006 consid. 6.1), soit le 9 novembre 2019. En effet, la demanderesse n'a pas prouvé avoir interpellé la défenderesse plus tôt (ATF 129 III 535 consid. 3.2.2 ; Jürg Nef, Basler Kommentar, Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag [VVG], 2001, n. 20 ad art. 41).

3.1.1 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 2001 à 10 000 fr., les honoraires sont fixés dans les limites de 1500 à 2500 fr. (art. 32 al. 1 LTar).

3.1.2 La demanderesse, représentée par un mandataire professionnel, qui obtient partiellement gain de cause, 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 M^e Beatrice Pilloud a consisté à rédiger un mémoire-demande et un mémoire-réponse, 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 1600 fr. (débours et TVA inclus).

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

Prononce

1. La demande est partiellement admise.
2. Mutuel Assurances SA versera à X _____ des indemnités journalières pour une incapacité de travail entière du 1^{er} au 28 février 2019, avec intérêts à 5% l'an dès le 9 novembre 2019.
3. Il n'est pas perçu de frais.
4. Mutuel Assurances SA versera à X _____ une indemnité de 1600 fr. pour ses dépens.

Sion, le 22 juin 2022