

S2 24 64

ARRÊT DU 19 MAI 2026

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

Composition : Candido Prada, président ; Frédéric Fellay et Matthieu Sartoretti, juges ;
Alice Vanay, greffière

en la cause

A. _____, demandeur, représenté par Maître Gandy Despinasse, avocat, Genève

contre

GROUPE MUTUEL ASSURANCES GMA SA, Martigny, défenderesse

(Assurance complémentaire ; indemnités journalières maladie LCA)

Faits

A. A._____, né le xx.xx.1980, a travaillé en tant que fondé de pouvoir au sein de l'unité Technologies et Infrastructure Bancaire auprès de la SOC_A (ci-après : la banque) à plein temps à partir du 1^{er} janvier 2016. A 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, par le biais du contrat collectif de son employeur (90 % du salaire, délai d'attente de 90 jours). Le contrat était soumis aux conditions générales d'assurance (ci-après : CGA) dans leur version en vigueur au 1^{er} janvier 2022 (pièces 3 à 6).

B. Le susnommé a été mis au bénéfice d'un arrêt de travail total à compter du 9 mars 2022 par le Dr B._____, spécialiste FMH en médecine interne générale. L'intéressé a été licencié avec effet immédiat par courrier du 21 mars 2022, la banque invoquant la découverte de violations graves des directives et procédures internes (pièces 7 et 8).

Le médecin traitant de l'assuré a attesté d'une incapacité de travail totale jusqu'au 15 juillet 2022, puis l'a réduite à 50 % jusqu'au 31 août suivant. L'intéressé a recouvré une pleine capacité de travail le 1^{er} septembre 2022 (pièces 9 à 15).

Par courriel du 3 mai 2022, l'assuré a contacté GMA SA afin d'obtenir des informations relatives à l'assurance perte de gain maladie après la résiliation immédiate de son contrat de travail le 21 mars précédent (pièce 28). Faisant suite à un entretien téléphonique du lendemain, l'intéressé a transmis différentes informations personnelles à GMA SA, indiquant qu'il comprenait que son ancien employeur avait omis d'annoncer son « accident » (pièce 29).

Le 6 mai 2022, GMA SA a demandé à la banque des précisions quant à la déclaration d'incapacité de travail maladie de l'assuré ayant débuté le 9 mars 2022 (pièce 30). Cette dernière a rempli une déclaration de maladie le 9 mai 2022 et l'a transmise à GMA SA. Elle a annoncé un salaire mensuel de 11'250 fr. 42 (pièce 31).

L'assuré a reçu un inspecteur de sinistres de GMA SA à son domicile le 11 mai 2022. Il a expliqué avoir été convoqué par ses responsables et la sécurité informatique de la banque le 3 mars 2022. Après plusieurs heures d'entretien, au cours desquelles différents reproches avaient été formulés à son encontre, il avait pu rentrer chez lui. Il avait cogité toute la nuit, de même que les jours suivants, aucune information ne lui ayant été communiquée à la suite de l'entretien. Il ne dormait plus et était continuellement stressé, raison pour laquelle il s'était rendu chez son médecin traitant le 9 mars 2022.

Un second entretien avait eu lieu le 29 mars 2022 et un licenciement pour faute grave lui avait été notifié pour la fin du mois. L'assuré n'acceptait pas cette décision, qui allait nuire à son avenir professionnel. Il était toujours anxieux, mais allait tout de même un peu mieux et souhaitait aller de l'avant. Il avait perdu environ 6 kg depuis le début de son arrêt de travail, mais arrivait à nouveau à manger. Il n'avait pas d'antécédents sur le plan psychique. En plus de son médecin traitant, l'intéressé était également suivi régulièrement par C._____, psychologue et psychothérapeute. A titre de traitement, il prenait des médicaments naturels pour dormir et une prescription de Sertraline lui avait été délivrée. Au quotidien, l'intéressé restait principalement à domicile, ne souhaitant pas rencontrer des gens. Il s'occupait de ses deux enfants lorsqu'ils n'étaient pas à l'école (pièce 32).

Le 13 mai 2022, GMA SA a demandé à l'ancien employeur de l'assuré de lui transmettre des informations complémentaires quant au licenciement avec effet immédiat, notamment s'agissant de la date de celui-ci, dans la mesure où cela pouvait avoir un impact sur le droit aux prestations de l'intéressé (pièces 34 et 35). Elle a également sollicité des renseignements médicaux auprès du Dr B._____ par pli du 25 mai 2022 (pièce 38).

La banque a confirmé à GMA SA, le 3 juin 2022, que le contrat de l'assuré avait été résilié avec effet immédiat en raison de violations graves et répétées des directives internes de l'établissement, sans toutefois apporter plus de précisions à ce propos (pièce 39).

Répondant au questionnaire de GMA SA, le Dr B._____ a indiqué, le 13 juin 2022, que son patient se plaignait d'anxiété, de dépression, de bouffées d'angoisse, de ruminations, de troubles de l'appétit et du sommeil, ainsi que d'une perte de l'estime de soi. Le médecin traitant a relevé les symptômes suivants : irritabilité (degré de gravité intense), anxiété (degré de gravité moyen) et trouble de la concentration/de l'endurance mentale (degré de gravité moyen). En tant que limitations objectives rencontrées dans le domaine d'activité de l'assuré, il a mentionné une fatigabilité et des troubles de la concentration ne lui permettant pas d'être productif. Le Dr B._____ a retenu le diagnostic incapacitant de trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2 ; pièce 41).

Le 18 juillet 2022, GMA SA a annoncé à l'assuré qu'il recevrait prochainement une convocation pour un examen médical approfondi. Le mandat a été confié au Dr D._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et expert SIM, par pli du 22 juin 2022. L'intéressé a été informé le 25 juillet 2022 de l'identité de l'expert et de la date

de l'examen, à savoir le 31 août suivant. Dans le même courrier, GMA SA a annoncé qu'au vu de la situation, les prestations en faveur de l'assuré étaient suspendues dès le 9 mars 2022 et jusqu'à réception et analyse du rapport de l'expert par son médecin-conseil (pièces 44, 46 et 47).

L'examen du 31 août 2022 a duré 75 minutes. Il ressort du rapport du 2 septembre suivant, que l'assuré aurait été moins actif durant les premières semaines de son arrêt de travail. Il aurait suspendu son activité sportive et passé beaucoup de temps à cogiter sur ses problèmes professionnels, en particulier son licenciement, qu'il jugeait injuste et abusif. Il aurait également perdu l'appétit et perdu du poids. En revanche, il ne relatait pas d'idées suicidaires et aucun suivi psychiatrique n'avait été mis en place, l'assuré ayant été orienté vers une psychologue. Il se serait senti mieux dès le mois de mai, avec un abaissement de l'anxiété. En juin, l'assuré aurait repris ses activités sportives (course à pied et vélo) et en juillet, il se serait remis à son ordinateur, aurait repris la lecture et commencé à chercher un nouvel emploi. C'est à cette période également qu'il aurait retrouvé des contacts sociaux. Le Dr D. _____ a relevé que les plaintes actuelles de l'assuré étaient essentiellement contextuelles. S'il entendait ses doléances et ne remettait pas en question la véracité des sentiments exprimés, l'expert psychiatre a précisé que ceux-ci ne relevaient toutefois pas du registre de la psychopathologie. Une telle réaction émotionnelle paraissait compréhensible, mais ne pouvait pas être considérée comme une maladie psychique. Ainsi, il n'a retenu aucun diagnostic psychiatrique au moment de l'examen. Il a par ailleurs expliqué que le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2) retenu par le Dr B. _____ ne pouvait pas être confirmé en l'espèce, dans la mesure où les perturbations émotionnelles alléguées avaient été déclenchées par un facteur de stress. En effet, le CIM-10 prévoyait que « lorsque les symptômes répondant aux critères du trouble anxieux et dépressif mixte sont étroitement reliés à un événement stressant ou à un changement particulièrement marquant dans la vie du sujet, c'est la catégorie F43.2 (trouble de l'adaptation) qui doit être utilisée ». Ce dernier diagnostic ne pouvait en aucun cas être retenu au moment de l'examen. Pour ce qui était du passé, le Dr D. _____ a précisé qu'il était difficile de faire une analyse rétroactive sur le plan nosologique et de dire, six mois après le début de la décompensation alléguée, si les critères du trouble de l'adaptation étaient réunis. S'il ne doutait pas que l'assuré eut été perturbé par ses problèmes professionnels, cela ne prouvait cependant pas un tel diagnostic. Une apparition d'émotions négatives face à différents stress de la vie quotidienne n'était pas pathologique en soi. Au contraire, le DSM-5 précisait explicitement que la plupart des personnes étaient bouleversées lorsqu'il leur arrivait de mauvaises choses, mais que cette réaction ne constituait pas

nécessairement un trouble de l'adaptation. Pour pouvoir évoquer ce diagnostic, il fallait que la sévérité des perturbations émotionnelles soit en net décalage par rapport au facteur de stress les ayant déclenchées. Il n'était pas possible de déterminer, à la date de l'examen, si tel avait été le cas à l'époque. La capacité de travail de l'assuré n'avait à aucun moment été limitée si les critères diagnostiques du trouble de l'adaptation n'avaient jamais été remplis. En revanche, s'il avait véritablement présenté ce trouble, il était possible que sa capacité de travail ait diminué durant un certain temps, sans nécessairement être nulle. Le psychiatre a mis en avant que, même au début de son arrêt de travail, l'intéressé était resté autonome dans toutes les tâches ménagères et assumait des activités relativement exigeantes sur le plan attentionnel, nécessitant une bonne concentration, comme la conduite automobile et le visionnage de séries télévisées. Sans remettre forcément en cause le déficit de concentration mentionné par le Dr B._____, cela permettait d'en pondérer la sévérité, ce qui était propre à semer le doute quant à l'incapacité de travail totale. L'expert a aussi noté que l'état de l'assuré avait évolué favorablement et que les premiers signes d'améliorations étaient apparus au plus tard au mois de mai. Cela laissait supposer que, même si la capacité de travail était nulle en mars, elle aurait vraisemblablement augmenté dans le courant du mois de mai. Le fait que l'amélioration se soit poursuivie et que l'intéressé ait pu reprendre progressivement des activités et des loisirs (le sport au mois de juin, la lecture et les recherches d'emploi en juillet) laissait penser qu'il avait retrouvé une pleine capacité de travail au plus tard en juillet. Au vu du degré d'activité que l'assuré avait dans tous les aspects de la vie quotidienne au mois d'août, une incapacité de travail, même partielle, semblait peu vraisemblable. Enfin, le Dr D._____ a mis en exergue quelques incohérences constatées. Premièrement, les limitations alléguées ne s'exprimaient pas de la même façon dans l'activité professionnelle, où une incapacité de travail de 50 % perdurait au moment de l'examen, et dans les autres domaines de la vie, où il gardait une pleine autonomie (il s'occupait des enfants, assumait les tâches ménagères et administratives habituelles, conduisait la voiture, faisait régulièrement du sport, maintenait des contacts sociaux, surfait sur internet, lisait de la littérature professionnelle, regardait la télévision et cherchait du travail). Deuxièmement, le diagnostic retenu par le médecin traitant faisait référence à un trouble dont les symptômes étaient par définition de faible intensité, ce qui était inconsistent avec l'incapacité de travail totale attestée. Troisièmement, il était incohérent que l'incontestable amélioration de l'état de santé de l'assuré entre mars et juin 2022 n'ait pas motivé d'ajustement du taux de capacité de travail (pièce 21).

Dans son procès-verbal du 7 septembre 2022, le Dr E._____, médecin-conseil psychiatre de GMA SA, a indiqué que le rapport d'expertise précité lui paraissait pertinent et convaincant, et que les conclusions du Dr D._____ pouvaient être suivies. Il a ajouté que dans son ensemble, l'incapacité de travail totale lui semblait douteuse compte tenu des limitations non uniformes objectivées par l'expert. L'arrêt de travail n'était dès lors pas justifié (pièce 48).

C. Par pli du 27 septembre 2022, GMA SA a annoncé à l'assuré qu'en l'absence de preuves, son arrêt de travail ne répondait pas à la notion juridique d'incapacité de travail donnant droit à des prestations. Cela étant, son dossier était clos au 21 mars 2022, date à laquelle ses rapports de travail avec la banque avaient pris fin (pièce 49).

Le 5 octobre 2023, l'intéressé, dûment représenté par Me Gandy Despinasse, a reproché à GMA SA d'avoir attendu le dernier jour de son incapacité de travail pour réaliser son expertise et de s'être ensuite étonné qu'il n'était pas possible de se prononcer sur la justification de son arrêt de travail. Au surplus, contrairement à ce que semblait croire l'expert, les certificats médicaux avaient été régulièrement transmis. Le rapport d'expertise du 2 septembre 2023 (*recte* : 2022) était ainsi dénué de toute pertinence. L'assuré a demandé à GMA SA de réexaminer son dossier et de lui retourner un acte de renonciation à invoquer la prescription, afin d'éviter l'introduction d'une poursuite (pièce 51).

GMA SA a donné bonne suite à la seconde demande de l'assuré le 17 octobre 2023, renonçant, sans reconnaissance aucune de responsabilité, à se prévaloir de la prescription à son égard jusqu'au 16 octobre 2024, pour autant qu'elle ne soit pas d'ores et déjà acquise (pièce 52).

S'agissant de la première requête de l'intéressé, GMA SA a maintenu sa position, motifs pris qu'aucun élément médical nouveau susceptible de modifier sa décision n'avait été apporté et que l'incapacité de travail n'avait pas pu être établie au degré de la vraisemblance prépondérante. Elle a relevé avoir été informée tardivement de l'incapacité de travail de l'intéressé et que, si les certificats lui avaient bien été transmis, ceux-ci n'avaient pas la valeur probante pour justifier, en soi, une incapacité de travail. C'était pour cette raison que des mesures d'instruction complémentaires avaient été entreprises, à commencer par un premier contact à domicile et l'envoi d'un formulaire au Dr B._____. GMA SA a également précisé qu'elle avait pris contact sans attendre avec l'expert, mais qu'elle était dépendante des disponibilités de ce dernier. Au surplus,

l'assuré avait été formellement informé de la suspension de toute prestation lors de l'envoi de la convocation du 25 juillet 2022 (pièce 54).

D. A. _____ a déposé c'éans une action en paiement contre GMA SA le 15 août 2024, concluant, sous suite de frais et dépens, à ce que celle-ci lui verse un montant de 19'958 fr, avec intérêts à 5 % l'an dès le 1^{er} septembre 2022, sous réserve d'amplification. Il a en substance soutenu qu'il disposait d'un droit d'action propre en raison de l'interruption des rapports de travail après la survenance du cas d'assurance. Il avait transmis au fur et à mesure les certificats médicaux de son médecin traitant, lesquels prouvaient son incapacité de travail, et avait collaboré en se soumettant à l'examen médical du 31 août 2022. Il avait ainsi respecté toutes ses obligations contractuelles à l'égard de la défenderesse. Pour le calcul des indemnités, le demandeur a pris en compte un salaire journalier de 517 fr. 25 (11'250 fr. / 21.75 jours). Avec un délai d'attente de 90 jours, le droit aux indemnités commençait le 8 juin 2022. Sachant qu'il avait droit à 90 % de son salaire, l'intéressé a arrêté les montants dus à 7448 fr. pour le mois de juin (16 jours x 517 fr. 25 x 90 %), à 5120 fr. pour la période du 1^{er} juillet 2022 au 15 juillet suivant (11 jours x 517 fr. 25 x 90 %), à 2327 fr. pour la période du 16 juillet 2022 au 31 juillet suivant (10 jours x 517 fr. 25 x 90 % / 2) et à 5062 fr. pour le mois d'août 2022 (11'250 fr. x 90 % / 2), soit un total de 19'958 fr. (7448 fr. + 7448 fr. + 5062 fr.). Le demandeur a également fait valoir une violation du principe de diligence et de la bonne foi. Il a estimé que c'était à tort que GMA SA considérait avoir été informée tardivement de l'incapacité de travail. En outre, il était du devoir de la défenderesse de tout mettre en œuvre pour programmer au plus tôt un examen médical si elle doutait de la capacité de travail de son assuré. En fixant la rencontre avec l'expert au 31 août 2022, elle avait manqué à son devoir de diligence. Il était par ailleurs évident que les symptômes ayant causé l'incapacité de travail auraient complètement disparu à cette date, dans la mesure où le demandeur était apte à reprendre le travail à 100 % dès le 1^{er} septembre 2022, ce que GMA SA ne pouvait ignorer dès lors qu'elle en avait été informée le 19 août précédent.

Dans sa réponse du 8 octobre 2024, GMA SA a conclu, sous suite de frais et dépens, au rejet de la demande de paiement. Elle a indiqué que les limitations fonctionnelles non uniformes objectivées par le Dr D. _____ permettaient de pondérer la sévérité du déficit de concentration mis en avant par le médecin traitant et semaient le doute sur l'incapacité de travail totale attestée par ce dernier. L'expert psychiatre avait démontré que les premiers signes d'amélioration de l'état de santé de l'assuré étaient apparus au plus tard au mois de mai. Ainsi, quand bien même la capacité de travail était nulle en mars, elle aurait dû augmenter durant le mois de mai, une pleine capacité de travail

devant être retrouvée au plus tard au mois de juillet. Au vu du degré d'activité que l'assuré avait dans sa vie quotidienne, une incapacité de travail, même partielle, paraissait peu vraisemblable au mois d'août. GMA SA a également noté que les certificats médicaux fournis ne prescrivaient que des arrêts de travail successifs, sans donner aucune autre indication sur l'état de santé de l'intéressé. Au vu de ces éléments, la défenderesse a considéré qu'il n'était pas établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le demandeur, à qui incombait le fardeau de la preuve, était en incapacité de travail totale depuis le 9 mars 2022. Au surplus, elle n'avait appris que tardivement l'incapacité de travail, au début du mois de mai 2022, alors que le délai d'annonce était de 30 jours selon le contrat d'assurance conclu avec la banque (en dérogation de l'art. 13 al. 5 let. a des CGA), et avait immédiatement demandé des informations à l'ancien employeur de l'assuré et à son médecin traitant. Elle n'avait dès lors pas violé le contrat collectif d'indemnisation, pas plus que les principes de diligence et de bonne foi.

Le 6 décembre 2024, le demandeur a répliqué qu'il pensait que GMA SA avait été correctement informée de son incapacité de travail par la banque, à qui cette tâche appartenait. Aucun reproche ne pouvait valablement lui être adressé pour une défaillance qui n'était pas de son ressort. Contrairement à ce que retenait GMA SA, l'incapacité de travail avait bel et bien été documentée et établie par le biais des certificats médicaux, le demandeur ajoutant qu'entre le 9 mars 2022 et le 31 août suivant, il s'était rendu à pas moins de 26 rendez-vous médicaux auprès du Dr B. _____ et de C. _____. La défenderesse avait tenté d'apporter la contre-preuve au moyen de l'expertise réalisée par le Dr D. _____, mais n'y était pas parvenue. En effet, le rapport du 2 septembre 2022 était dénué de toute force probante, étant donné que l'examen avait eu lieu le dernier jour de l'incapacité de travail, ce que la défenderesse savait pertinemment. L'expert avait en outre expressément précisé que son analyse sur la période antérieure avait un caractère hypothétique et qu'il n'était pas en mesure de retracer avec plus de précision l'évolution qui avait eu lieu depuis le mois de mars. Le demandeur a réitéré que le défaut d'annonce de son ancien employeur ne pouvait pas lui être imputé, et qu'il appartenait à GMA SA de se retourner, cas échéant, contre ce dernier. Se référant notamment à l'article 95a de la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA ; état au 1^{er} janvier 2024), l'assuré a fait valoir qu'il disposait d'un droit propre à l'encontre de la défenderesse. Enfin, il a insisté sur le fait qu'il incombait à GMA SA d'agir dans l'urgence au vu du temps qui s'était écoulé entre le début de l'incapacité, le 9 mars 2022, et le moment où elle en avait été informée, le 3 mai 2022. Or, elle n'avait contacté le médecin traitant que le 25 mai 2022 et, alors qu'il avait répondu le 13 juin 2022, n'avait

annoncé l'expertise médicale du 31 août 2022 que le 25 juillet 2022. En outre, si les certificats médicaux produits n'étaient pas satisfaisants, elle aurait dû les contester à réception. En l'absence d'une telle réaction, il fallait, selon le demandeur, considérer que GMA SA les avait acceptés.

La défenderesse a dupliqué le 12 février 2025, maintenant intégralement sa position. Elle a rappelé que dans son analyse du rapport d'expertise, le Dr E._____ soutenait que l'incapacité de travail totale de l'assuré semblait douteuse, eu égard au fait que, même au début de son incapacité, celui-ci était resté autonome dans toutes les tâches ménagères et s'adonnait à des activités relativement exigeantes sur le plan attentionnel, telles que la conduite automobile et le visionnage de séries télévisées. Elle a également ajouté qu'en tout état de cause, l'incapacité de travail n'aurait pu être indemnisée qu'après un délai d'attente de 90 jours. Pour le surplus, la défenderesse a essentiellement repris les arguments développés dans sa réponse du 8 octobre 2024.

Le 13 février 2025, la Cour a décidé de renoncer à mettre en œuvre les moyens de preuve proposés par les parties et leur a demandé de se déterminer sur la tenue de plaidoiries orales (art. 233 du Code de procédure civile [CPC]), respectivement sur le dépôt de plaidoiries écrites (art. 232 al. 2 CPC). Les deux parties ayant privilégié cette seconde option, un délai leur a été imparti pour ce faire par ordonnance du 21 février 2025.

Le 7 avril 2025, GMA SA a rappelé les faits de la cause et les arguments formulés dans ses précédentes écritures. Le demandeur en a fait de même le 28 avril 2025, maintenant entièrement ses conclusions.

L'échange d'écritures a été clos le 29 avril 2024.

Considérant en droit

1.

1.1 Le contrat d'assurance litigieux relève du droit privé et est soumis à la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA), conformément à l'article 2 de la loi fédérale sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale (LSAMal) et à l'article 3 chiffre 3 des CGA (pièce 4), édition au 1^{er} janvier 2022 (PCGA01). Le CPC est applicable à la présente procédure (art. 1 let. a et 7 CPC).

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 loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal). Sur cette base, l'article 5 alinéa 1 lettre a de la loi cantonale d'application du code de procédure civile suisse (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 désignant les autorités et les procédures en matière d'assurance-maladie a été modifié comme suit : « [l]e Tribunal cantonal connaît en tant qu'instance cantonale unique les litiges relatifs aux assurances complémentaires au sens de l'article 12 alinéa 2 LAMal ».

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 LCA prévoit que le for se définit selon la loi sur les fors (LFors) qui a été abrogée au 1^{er} 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 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. En outre, les CGA prévoient 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 (art. 43).

Le Valais étant à la fois le canton de domicile du demandeur et de siège de la défenderesse, 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 loi cantonale sur l'organisation de la justice [LOJ] et art. 65 al. 2 loi cantonale sur la procédure et la juridiction administratives [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'article 7 CPC (ATF 138 III 558 consid. 4), ce qui est le cas en Valais (cf. *supra* consid. 1.1).

2. Le litige porte sur la question de savoir si la défenderesse était fondée à nier tout droit aux indemnités journalières maladie LCA au demandeur pour la période du 9 mars 2022 au 31 août suivant, au motif qu'il ne présentait pas d'incapacité de travail.

2.1 La LCA, dans sa version applicable au cas d'espèce, 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 ; arrêt du Tribunal fédéral 4A_92/2010 du 17 mai 2010 consid. 4).

L'article 4 chiffre 5 CGA définit l'incapacité de travail comme : « toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir les tâches habituelles de la profession exercée qui peuvent raisonnablement être exigées de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. Dès l'instant où la reprise de la profession habituelle n'est plus possible, le droit aux prestations dépend de l'incapacité

de gain ». L'indemnité journalière est allouée proportionnellement au degré d'incapacité qui doit être de 25 % au moins (art. 13 ch. 4 let. a CGA).

2.2 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 en vertu de la règle de la maxime inquisitoire sociale prévue à l'article 247 alinéa 2 lettre a CPC. Le but premier de cette règle est de compenser un rapport de force inégal entre les parties en apportant une certaine assistance étatique à la partie réputée la plus faible à la procédure (BOHNET/JEANNIN, La maxime inquisitoire sociale sous l'empire du CPC, in : ZSR 2015 I p. 223 ss, p. 230 et la référence citée au message du Conseil fédéral du 28 juin 2006 relatif au Code de procédure civile suisse [FF 2006 6841, p. 6956, ch. 5.16 ad art. 242 et 243]).

En première instance, la maxime inquisitoire sociale suppose que les parties doivent renseigner le juge sur les faits de la cause et lui indiquer les moyens de preuve propres à établir ceux-ci, tandis que, de son côté, le juge doit, si nécessaire, informer les parties de leur devoir de coopérer à la constatation des faits et à l'administration des preuves voire les interroger pour s'assurer que leurs allégués de fait et leurs offres de preuves sont complets s'il a des motifs objectifs d'éprouver des doutes sur ce point. Toutefois, 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. Il n'appartient alors pas au juge de fouiller le dossier pour tenter d'y trouver des moyens de preuve en faveur d'une partie (ATF 141 III 569 consid. 2.3.2 et les nombreux arrêts cités ainsi que la référence au message précité du Conseil fédéral) ; il peut au contraire se fier aux compétences des mandataires et partir du principe que les allégués et moyens de preuves proposés par les parties sont complets, sous réserve des situations où tel n'est manifestement pas le cas (« krasse Fälle » ; BOHNET/JEANNIN, op. cit., p. 232 et la référence).

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 4C.140/2006 du 14 août 2006 consid. 3.1 et 4C.185/2003 du 14 octobre 2003 consid. 2.1). Selon l'article 8 du Code civil (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), 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).

2.3 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 ; arrêt du Tribunal fédéral 4A_211/2017 du 4 décembre 2017 consid. 3.1).

En résumé, l'assuré qui prétend au versement d'indemnités journalières doit établir l'existence et/ou la persistance d'une incapacité de travail au degré de la vraisemblance

prépondérante (ATF 141 III 241 consid. 3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 4A_516/2014 du 11 mars 2015 consid. 4.1). 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 ; 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 alinéa 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, 125 V 351 consid. 3a ; arrêt du Tribunal fédéral 4A_318/2016 du 3 août 2016 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).

3.

3.1 Il sied de mentionner, en préambule, que le demandeur est représenté par un avocat qualifié inscrit à l'ordre des avocats de Genève, tandis que la défenderesse, réputée être la partie forte au procès compte tenu de sa taille et de ses moyens, procède par des employés qui disposent également des qualifications professionnelles requises pour agir en procédure. Aussi le tribunal doit-il faire preuve, tant dans l'établissement des faits que dans l'administration des preuves, d'une certaine retenue, conformément à la jurisprudence fédérale tirée de la maxime inquisitoire sociale rappelée au considérant 2.2 ci-dessus.

3.2 En l'espèce, le demandeur reproche à GMA SA de lui avoir refusé tout droit aux indemnités journalières pour la période du 9 mars 2022 au 31 août suivant, au motif que l'incapacité de travail attestée par son médecin traitant n'était pas justifiée, respectivement pas suffisamment démontrée. Il considère, au contraire, que les certificats médicaux produits sont propres à prouver son incapacité de travail et que le rapport d'expertise du Dr D._____, de même que l'appréciation du médecin-conseil psychiatre de la défenderesse, doivent se voir priver de toute valeur probante.

3.2.1 Les divers certificats médicaux produits par le demandeur sont succincts, en ce sens qu'ils n'indiquent que la date de début de l'incapacité de travail, le délai dans lequel le certificat doit être renouvelé ou la date de fin d'arrêt de travail, et le motif de l'incapacité de travail, à savoir la maladie. Ils ne précisent en revanche pas la nature des affections incapacitantes (physiques et/ou psychiques), ni si l'intéressé est au bénéfice d'un traitement particulier. Il n'en ressort pas en quoi l'exercice d'une activité professionnelle était contre-indiqué pour le demandeur.

Selon le Tribunal fédéral, le certificat médical ne constitue pas un moyen de preuve absolu (arrêts du Tribunal fédéral 4A_587/2020 du 28 mai 2021 consid. 3.1.2, 4A_227/2009 du 28 juillet 2009 consid. 3.1.3 et 1C_64/2008 du 14 avril 2008 consid. 3.4). Le dépôt de n'importe quel certificat médical ne suffit par conséquent pas à rendre vraisemblable toute incapacité de travail alléguée. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine ni sa désignation, mais son contenu. Il importe notamment que la description des interférences médicales soit claire et que les conclusions du médecin soient bien motivées. Une attestation médicale qui relève l'existence d'une incapacité de travail sans autres explications n'a ainsi pas une

grande force probante (arrêt du Tribunal fédéral 5A_1040/2020 du 8 juin 2021 consid. 3.1.2 et la référence).

En l'occurrence, il sied de présumer que, malgré sa concision, le contenu des certificats médicaux produits par l'assuré est exact. Il convient donc d'examiner si les autres pièces au dossier, en particulier le rapport d'expertise du 2 septembre 2022 et l'avis du médecin-conseil psychiatre de GMA SA du 7 septembre 2022, de même que le rapport de visite de l'inspecteur de sinistres du 11 mai 2022, sont propres à instiller des doutes sur l'incapacité de travail du demandeur, attestée par les certificats médicaux déposés.

3.2.2 Le Dr D._____ a essentiellement établi son rapport sur la base de l'examen clinique du 31 août 2022, lequel a duré 75 minutes, et de l'appréciation du médecin traitant de l'intéressé du 13 juin 2022. L'expert a expliqué que le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2) retenu par le Dr B._____ ne pouvait pas être confirmé en l'espèce, dans la mesure où les perturbations émotionnelles alléguées avaient été déclenchées par un facteur de stress. En effet, lorsque les symptômes répondant aux critères du trouble anxieux et dépressif mixte sont étroitement reliés à un événement stressant, seul le diagnostic de trouble de l'adaptation (F43.2) peut être utilisé. S'il n'était pas en mesure de déterminer clairement, de façon rétroactive, si les critères du trouble de l'adaptation étaient réunis au début de la décompensation alléguée, le psychiatre a tout de même précisé que dans l'affirmative, il était possible que la capacité de travail de l'assuré ait diminué durant un certain temps, sans nécessairement être nulle. Au vu des explications fournies par le demandeur, notamment quant à la chronologie de l'amélioration de son état de santé et à la reprise progressive de ses différentes activités, l'expert a exposé que si la capacité de travail était nulle en mars, elle aurait vraisemblablement augmenté dès le mois de mai, jusqu'à être pleine au plus tard en juillet. Selon le Dr D._____, l'absence d'adaptation du taux d'incapacité de travail avant le 16 juillet 2022 (passage de 100 % à 50 %) n'était pas cohérente avec la description que l'intéressé faisait de l'évolution de sa vie quotidienne. En outre, les symptômes du trouble retenu par le Dr B._____ étaient par définition de faible intensité, ce qui était inconsistent avec l'incapacité de travail totale attestée. Tous ces éléments avaient mené l'expert à pondérer la sévérité des symptômes rapportés par le Dr B._____, ce qui était propre à semer le doute quant à l'incapacité de travail totale. Cette appréciation a, au demeurant, été approuvée par le médecin-conseil psychiatre de la défenderesse.

Lors de la visite de l'inspecteur de sinistres de GMA SA le 11 mai 2022, l'assuré a indiqué qu'il prenait des médicaments naturels pour dormir, qu'une prescription de Sertraline lui

avait été délivrée et qu'il se rendrait prochainement à la pharmacie. Le demandeur a aussi expliqué qu'il allait déjà un peu mieux qu'au mois de mars précédent, et que, tant son appétit que son sommeil s'étaient améliorés. Ainsi, force est de constater que son état de santé avait évolué favorablement alors même qu'il n'avait pas encore commencé son traitement antidépresseur. Ce fait, de même que l'absence de mise en place d'un suivi psychiatrique, l'assuré ayant uniquement été orienté vers une psychologue, semble également incompatible avec l'existence d'un trouble d'une gravité suffisante pour justifier une incapacité de travail totale de plus de trois mois.

Quant aux brèves explications fournies par le Dr B._____ le 13 juin 2022, elles ne viennent pas en aide au demandeur, dès lors que l'expert a exposé, de manière crédible et exempte de contradiction, pour quelles raisons il n'était pas possible de leur attribuer une pleine valeur probante. Comme mentionné plus haut, le Dr D._____ a en particulier relevé que le seul diagnostic retenu par le médecin traitant, à savoir le trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2), n'était pas crédible au vu du facteur de stress à l'origine de la décompensation alléguée. En outre, ce trouble faisait référence à des symptômes de faible intensité ne justifiant, en principe, pas d'incapacité de travail totale. Enfin, toujours selon le psychiatre, les limitations alléguées, notamment la fatigabilité et le trouble de la concentration, ne s'exprimaient pas de la même façon dans l'activité professionnelle que dans d'autres domaines de la vie du demandeur, où celui-ci gardait une pleine autonomie.

Eu égard à ce qui précède, force est de constater que GMA SA est parvenue à apporter des éléments propres à instiller des doutes quant à l'incapacité de travail du demandeur. Les certificats médicaux établis par le Dr B._____ n'emportent ainsi pas la conviction de la Cour de céans.

3.3 Est aussi litigieuse la question du point de départ du délai d'attente de 90 jours prévu par le contrat d'assurance passé entre la banque et GMA SA. Le demandeur considère que ledit délai a commencé à courir au début de l'incapacité de travail attestée par son médecin traitant, soit le 9 mars 2022, et que son droit aux indemnités était ouvert dès le 8 juin 2022. De son côté, la défenderesse fait valoir que la date déterminante est celle à laquelle elle a eu connaissance de l'incapacité de travail, soit le 9 mai 2022, et que dès lors, les conditions contractuelles nécessaires au versement des prestations n'étaient pas remplies avant le mois d'août 2022.

Sur ce point également, l'avis de GMA SA doit être suivi. S'il n'est pas contesté que le délai d'attente commence à courir le premier jour de l'incapacité de travail attestée

médicalement, la défenderesse relève à juste titre que, selon le contrat d'assurance conclu par la banque, « le jour où l'assureur a pris connaissance de l'incapacité est réputé comme premier jour d'incapacité » lorsque celle-ci n'a pas été annoncée dans le délai de 30 jours (pièce 3, page 5). Cette exception s'applique au cas d'espèce, dans la mesure où une annonce dans le délai susmentionné n'a nullement été prouvée, ni même rendue vraisemblable par le demandeur. Ainsi, le délai d'attente de 90 jours a commencé à courir au plus tôt le 4 mai 2022, date à laquelle l'intéressé a adressé un courriel à GMA SA mentionnant qu'il comprenait que son ancien employeur avait omis de déclarer son « accident » (pièce 29). Il s'ensuit qu'un éventuel droit aux indemnités ne pouvait en tout état de cause pas être revendiqué avant le 2 août 2022.

Compte tenu des explications circonstanciées de l'expert, aboutissant à la reconnaissance, au degré de la vraisemblance prépondérante, d'une pleine capacité de travail recouvrée au plus tard en juillet 2022, force est de constater qu'aucune indemnité n'est due au demandeur pour la période entre le 2 et le 31 août 2022.

3.4 Le demandeur fait également grief à la défenderesse d'avoir violé les principes de diligence et de bonne foi dans l'instruction du dossier, notamment en tardant à mettre en œuvre une expertise, celle du Dr D._____ ayant finalement eu lieu alors qu'il avait recouvré une pleine capacité de travail. Au surplus, il reproche à GMA SA de l'avoir pénalisé pour une faute dont il n'était pas responsable, à savoir le défaut d'annonce par son ancien employeur de son arrêt de travail dans le délai de 30 jours prévu par le contrat d'assurance. Au vu de l'issue de la cause, ces questions, qui sortent partiellement de l'objet du litige, en particulier s'agissant de l'éventuelle responsabilité de l'employeur, peuvent rester ouvertes.

4. Compte tenu de ce qui précède, c'est à juste titre que la défenderesse a nié tout droit aux indemnités journalières maladie LCA au demandeur pour la période du 9 mars 2022 au 31 août suivant. Il s'ensuit que le demandeur doit être débouté de l'entier de ses conclusions en paiement.

5.

5.1 Vu l'issue de la cause, le demandeur n'a pas droit à des dépens.

Quant à la défenderesse, qui obtient gain de cause, elle a conclu à ce que la partie adverse lui verse des dépens. Selon l'article 95 alinéa 3 CPC, les dépens comprennent les débours nécessaires (let. a), le défraiement d'un représentant professionnel (let. b) et, lorsqu'une partie n'a pas de représentant professionnel, une indemnité équitable pour les démarches effectuées, dans les cas où cela se justifie (let. c). *In casu*, la

défenderesse n'a pas indiqué avoir eu à assumer des débours nécessaires. En outre, elle est intervenue cédant par le biais de son service juridique et ne s'est donc pas adjointe les services d'un mandataire externe. Enfin, elle n'a pas sollicité, ni motivé, le versement d'une indemnité spéciale pour les démarches qu'elle avait effectuées. Dans ces conditions, il ne se justifie pas de lui allouer des dépens.

5.2 La procédure étant gratuite (art. 114 let. e CPC), il n'est pas perçu de frais.

Prononce

1. La demande est rejetée.
2. Il n'est pas perçu de frais, ni alloué de dépens.

Sion, le 19 mai 2026