

VD_FINDINFO HC / 2013 / 149 vom 21. März 2013

VD Tribunal cantonal, 2013-03-21, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_HC___2013___149

FR: VD_FINDINFO HC / 2013 / 149 du 21 mars 2013

IT: VD_FINDINFO HC / 2013 / 149 del 21 marzo 2013

Regeste

PRESTATION COMPLÉMENTAIRE, ASSURANCE-MALADIE PRIVÉE, INDEMNITÉ JOURNALIÈRE, INCAPACITÉ DE TRAVAIL | 12 al. 3 LAMal

Erwägungen

E. 1

a) Le jugement entrepris a été communiqué le 23 octobre 2012, de sorte que les voies de droit sont régies par le CPC (Code de procédure civile suisse du 19 décembre 2008, RS 271), entré en vigueur le 1^{er} janvier 2011 (art. 405 al. 1 CPC). Le CPC s'applique aux litiges en matière d'assurance complémentaire à l'assurance-maladie sociale, que ceux-ci soient soumis à la juridiction civile ou qu'ils restent de la compétence d'un tribunal des assurances (art. 7 CPC; Ruetschi, Sutter-Somm/Hasenböhler/Leuenberger (édit.), *Kommentar zur Schweizerischen Zivilprozessordnung [ZPO]*, 2010, n. 15 ad art. 7 CPC).

b) Dans un arrêt du 7 juin 2011 (publié in JT 2011 III 143), la Cour de céans a admis la recevabilité d'un appel à la Cour d'appel civile contre les jugements en matière d'assurances complémentaires à l'assurance-maladie rendus par la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, dans les cas où la procédure était introduite avant le 1^{er} janvier 2011 et le jugement rendu après cette date. Elle a ainsi fait prévaloir le principe constitutionnel de la double instance (art. 129 Cst-VD [Constitution du 14 avril 2003 du Canton de Vaud, RSV 101.01]) sur celui de la prohibition du recours horizontal entre juridictions du même rang. Ce recours horizontal est purement transitoire : il concerne les jugements communiqués après le 1^{er} janvier 2011 dans des procédures ouvertes avant cette date. Depuis le 1^{er} janvier 2011, les litiges en la matière sont soumis à la juridiction civile ordinaire *ratione valoris* (juge de paix, président de tribunal d'arrondissement, tribunal d'arrondissement ou Chambre patrimoniale cantonale) et pourront faire l'objet d'un appel qui sera adressé, selon la valeur litigieuse, à la Chambre des recours civile ou à la Cour d'appel civile (cf. note de Jean-Luc Colombini, in JT 2011 III 145 s.).

c) L'appel est recevable contre les décisions finales de première instance (art. 308 al. 1 let. a CPC), dans les causes patrimoniales dont la valeur litigieuse est de 10'000 fr. au moins (art. 308 al. 2 CPC). Le délai pour l'introduction de l'appel est de trente jours à compter de la notification de la décision motivée (art. 311 al. 1 CPC). Formé en temps utile et portant sur des conclusions qui sont supérieures à 10'000 fr., l'appel est recevable à la forme.

E. 2

a) L'appel peut être formé pour violation du droit ou pour constatation inexacte des faits (art. 310 CPC). L'autorité d'appel peut revoir l'ensemble du droit applicable, y compris les questions d'opportunité ou d'appréciation laissées par la loi à la décision du juge et doit, le cas échéant, appliquer le droit d'office conformément au principe général de l'art. 57 CPC (Jeandin, CPC commenté, Bâle 2011, nn. 2 ss ad art. 310 CPC). Elle peut revoir librement

l'appréciation des faits sur la base des preuves administrées en première instance (Jeandin, op. cit., n. 6 ad art. 310 CPC). b) Les faits et moyens de preuve nouveaux ne sont pris en compte que s'ils sont invoqués ou produits sans retard et ne pouvaient être invoqués ou produits devant la première instance, bien que la partie qui s'en prévaut ait fait preuve de la diligence requise, ces deux conditions étant cumulatives (art. 317 al. 1 CPC; Jeandin, op. cit., n. 6 ad art. 317 CPC). Il appartient à l'appelant de démontrer que ces conditions sont réalisées, de sorte que l'appel doit indiquer spécialement de tels faits et preuves nouveaux et motiver spécialement les raisons qui les rendent admissibles selon lui (JT 2011 III 43 et les références citées). En l'espèce, les appelants ont requis la production, en mains de l'Office AI, du dossier de feu A.H._____ (pièce 51) ainsi que, en mains de [...], du descriptif de l'activité de vendeur sur banque (pièce 52). Il n'y a pas lieu de donner suite à ces réquisitions, la pièce 51 n'étant pas déterminante pour le sort du présent appel et la pièce 52 étant inapte à établir les faits litigieux. Les appelants ont également requis un complément d'expertise auprès de la PMU tendant à déterminer quelle était la capacité de travail de l'intéressé d'octobre 2006 à fin janvier 2007. Il ne sera pas davantage donné suite à cette offre de preuve, qui ne saurait permettre d'établir plus précisément la capacité de travail, compte tenu du temps écoulé.

E. 3

a) Les appelants reprochent aux premiers juges d'avoir considéré que la situation de feu A.H._____ s'était améliorée au second semestre de l'année 2006 et qu'il était à la fin de cette année en mesure de reprendre une activité lucrative à plein temps. Ils font valoir que les premiers juges se sont fondés sur le seul rapport d'expertise du Dr T._____ daté du 10 octobre 2006, rapport qui, contrairement à leur point de vue, est sujet à caution dès lors qu'il a été établi sur la base d'un seul entretien de l'intéressé, dont on ignore au demeurant la durée, que les observations du médecin étaient ambiguës, celui-ci affirmant qu'une reprise de travail était envisageable, tout en préconisant un changement d'activité professionnelle compte tenu de la maladie chronique de l'expertisé, et que l'appréciation de ce médecin entraînait en contradiction avec les observations des médecins traitants de feu A.H._____, qui, à fin mai 2006, n'envisageaient pas une amélioration de son état de santé. Ils relèvent également une claire contradiction entre le diagnostic du Dr T._____, d'une part, et les rapports ultérieurs du 19 décembre 2006 et du 31 janvier 2007 des médecins traitants, d'autre part, qui confirment leurs précédentes constatations et observent même une aggravation. Ils invoquent encore une attestation de la Dresse G._____ du 5 décembre 2007, confirmant son diagnostic du 31 janvier 2007, les observations du Dr L._____ du 15 novembre 2007, constatant la persistance de douleurs et l'absence de changement de situation, et le rapport d'expertise pluridisciplinaire du 11 mars 2008, dans lequel les spécialistes parvenaient aux mêmes observations que les deux médecins prénommés. b/aa) D'après les Conditions générales (CG) pour l'assurance-maladie collective d'I._____, il y a incapacité de travail lorsque la personne assurée est incapable, totalement ou partiellement, d'exercer sa profession ou une autre activité lucrative que l'on peut raisonnablement attendre d'elle (art. 4 ch. 1 CG). La couverture d'assurance débute le jour où l'employé entre en service (art. 8 ch. 1 CG) et prend fin, pour toutes les prestations assurées pour lui, notamment, par la fin des rapports de travail (art. 9 ch. 1 let. c CG). La personne assurée a le droit de continuer de bénéficier de la couverture d'assurance à titre d'assurance individuelle (art. 18 CG) lorsque la couverture d'assurance cesse en vertu des motifs indiqués au ch. 1 let. c (art. 9 ch. 2 let. a CG). Dans les cas relevant de l'art. 9 ch. 1 let. c CG, la société d'assurance ne verse l'indemnité journalière que pour les maladies

provoquant une incapacité de travail au moment de la fin de la protection d'assurance. Cette extension de la durée des prestations est accordée dans de tels cas jusqu'à l'expiration de la durée de prestations prévue dans le contrat, mais au plus tard jusqu'au début d'une rente LPP. Toutefois, l'octroi de cette extension est soumis à la condition que l'incapacité de travail persiste de manière ininterrompue en étant due à la même cause et en atteignant le même degré que précédemment (art. 10 ch. 1 par. 1 CG). bb) Les assurances complémentaires pratiquées par les caisses-maladie en plus de l'assurance-maladie sociale relèvent du droit privé. Elles sont régies par la législation civile fédérale, notamment par la LCA (loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance, RS 221.229.1), et non par la législation de droit public sur l'assurance-maladie sociale (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie [LAMal], RS 832.10; cf. art. 12 al. 3 LAMal). La procédure est régie par le CPC, lequel soumet les litiges portant sur des assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale à la procédure simplifiée (art. 243 al. 2 let. f CPC qui a remplacé au 1^{er} janvier 2011 l'art. 85 al. 2 LSA [loi fédérale du 17 décembre 2004 sur la surveillance des entreprises d'assurance, RS 961.01]). S'agissant de l'appréciation des preuves et en particulier des rapports médicaux, on peut se référer à la jurisprudence des cours sociales du Tribunal fédéral. Le juge des assurances sociales 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. Le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 c. 5b; ATF 125 V 193 c. 2 et les références citées; TF 8C_657/2009 du 15 novembre 2010 c. 4.1; TF 8C_24/2010 du 27 décembre 2010 c. 2; TF 8C_1034/2010 du 22 décembre 2010 c. 4.2; TF 8C_704/2007 du 9 avril 2008 c. 2). La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 c. 4; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 c. 4.2; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 c. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 c. 4; ATF 115 V 133 c. 2; ATF 114 V 310 c. 2c; ATF 105 V 156 c. 1). Pour conférer une pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 c. 5.1; ATF 125 V 351 c. 3a et la référence citée; TF 9C_22/2011 du 16 mai 2011 c. 5; TF 9C_745/2010 du 30 mars 2011 c. 3.1). L'appréciation de la situation médicale d'un assuré ne se résume pas à trancher, sur la base de critères formels, la question de savoir quel est parmi les rapports médicaux versés au dossier, celui qui remplit au mieux les critères jurisprudentiels en matière de valeur probante. La valeur probante d'une expertise dans une discipline médicale particulière dépend également du point de savoir si l'expert dispose d'une formation spécialisée dans le domaine concerné. L'administration et les tribunaux devant pouvoir se reposer sur les connaissances spécialisées de l'expert, cela suppose des

connaissances correspondantes bien établies de la part de l'auteur du rapport médical ou à tout le moins du médecin qui le vise (TF 9C_547/2010 du 26 janvier 2011 c. 2.2; TF 8C_420/2010 du 27 octobre 2010 c. 4.3; TF 8C_65/2010 du 6 septembre 2010 c. 3.1; TF 9C_53/2009 du 29 mai 2009 c. 4.2 et les arrêts cités). Un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. De même, le simple fait qu'un certificat est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. Cependant, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 cd. 3b/cc et les références citées; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 c. 3.2; TF 9C_91/2008 du 30 septembre 2008). c) En l'espèce, se fondant sur le rapport d'expertise du 10 octobre 2006 rendu par le Dr T. _____, lequel faisait état d'une amélioration symptomatologique de la situation psychologique de feu A.H. _____ autorisant une reprise du travail à 50 puis à 100%, les premiers juges ont constaté que la situation de ce dernier avait évolué de manière favorable au cours du second semestre 2006 et qu'il était en mesure, à la fin de cette année, de reprendre une activité lucrative à plein temps. Ils ont en particulier considéré que rien au dossier ne permettait de remettre en cause le fait que l'assuré avait présenté une période de pleine capacité de travail à la charnière des années 2006 et 2007. Ce point de vue ne saurait être confirmé. En effet, dès son hospitalisation, début janvier 2006, les médecins traitants de feu A.H. _____ ont considéré, de manière constante, que son état rendait impossible la reprise du travail. D'emblée, la Dresse G. _____ a attesté de l'incapacité de travail totale du prénommé pour une durée indéterminée – mais d'au moins une année – (cf. certificat médical du 7 février 2006 et certificat médical initial du 6 mars 2006 à l'attention respectivement de l'employeur et de l'intimée) en raison d'un état dépressif sévère et a discuté d'une éventuelle prise en charge par l'assurance-invalidité avec son patient, qui a déposé une demande de prestations AI pour adultes le 14 janvier 2006. Le 28 mars 2006, ce médecin a attesté que les différentes pathologies somatiques dont souffrait son patient (HTA et polyarthrite) et les traitements corticoïdes subis antérieurement pouvaient expliquer, dans le contexte d'événements stressants anciens et actuels (familiaux et professionnels), sa vulnérabilité et son évolution psychique et ne laissaient pas envisager une amélioration suffisante autorisant une reprise du travail. Dans un rapport à l'Office AI du 22 mai 2006, la Dresse G. _____ a exposé que l'incapacité de travail était de 100%, que l'état de l'intéressé était stationnaire, que la capacité de travail ne pouvait être améliorée par des mesures médicales et qu'aucunes mesures professionnelles n'étaient indiquées. Le 8 août 2006, elle a indiqué à l'intimée que le diagnostic de l'affection justifiant l'arrêt de travail de l'assuré était un état dépressif avec idées suicidaires sur pathologie somatique, que la maladie était stable avec une persistance d'anxiété, de fatigue et de trouble de la concentration, qu'il n'y avait pas d'amélioration suffisante pour permettre une reprise de travail et qu'elle ne pensait pas que son patient retrouverait une capacité de travail dans sa profession à moyen terme. Pour sa part, le 20 mars 2006, le Dr L. _____ a constaté une aggravation clinique au cours des trois dernières années sur le plan rhumatologique et a relevé qu'une récente décompensation psychologique avec épisode dépressif sévère avait nécessité une hospitalisation d'un mois puis un suivi psychiatrique. Dans un rapport médical du 19 mai 2006 destiné à l'Office AI (cf. rapport d'expertise PMU du 11 mars 2008, p. 4), ce

médecin a exposé que l'incapacité de travail de son patient, qui avait débuté en janvier 2006, était de durée indéterminée en tant que magasinier responsable, que son état de santé s'aggravait et que, s'agissant de sa capacité de travail, il était prématuré de se prononcer tant que la pathologie rhumatologique était en voie d'aggravation et que l'épisode dépressif sévère n'était pas stabilisé. Au regard de ce qui précède, on constate que jusqu'en août 2006, feu A.H. _____ était incapable de travailler à 100 %, son état de santé étant stationnaire, sur le plan psychique, et s'aggravant d'un point de vue rhumatologique. Les mêmes diagnostics, à savoir un état dépressif sévère, une spondylarthrite psoriasique et une HTA, ressortent tant du rapport de sortie rédigé le 20 mars 2006 par les médecins du Centre de Psychiatrie du Nord Vaudois, les Drs [...] et [...], que des rapports médicaux à l'attention de l'Office AI rédigés le 19 mai 2006 par le Dr L. _____ (cf. rapport d'expertise PMU du 11 mars 2008, p. 4) et le 22 mai suivant par le Dr G. _____, tous deux indiquant qu'il s'agissait de diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'intéressé. Les rapports médicaux ultérieurs, excepté celui rendu le 10 octobre 2006 par le Dr T. _____, ne laissent pas apparaître d'amélioration de la situation de feu A.H. _____ entre la fin de l'année 2006 et le début de l'année 2007. Dans son rapport médical à l'attention de l'Office AI du 19 décembre 2006 (cf. rapport d'expertise PMU du 11 mars 2008, pp. 4 s.), le Dr L. _____ a indiqué que l'état de santé du prénommé s'était aggravé. Le 12 janvier 2007, ce médecin a déclaré qu'il restait dubitatif quant à l'évolution de son patient, celui-ci s'étant progressivement décompensé et étiolé sur le plan personnel, et a précisé que si, de manière générale, la reprise d'un travail à temps complet lui paraissait difficilement réalisable, sur le plan rhumatologique, toute activité nécessitant des ports de charges excessifs, des longues stations assis/debout et des déplacements fréquents était médicalement contre-indiquée. Le 31 janvier 2007, la Dresse G. _____ a constaté que la difficulté pour son patient à reprendre une activité était à mettre en relation avec la présence de douleurs articulaires chroniques, une dyspnée liée à une surcharge pondérale et une hypertrophie musculaire dorsale limitant sa mobilité. Elle a précisé que le moindre déplacement nécessitait un effort surhumain pour le patient qui, sur le plan psychiatrique, présentait encore des signes persistants dépressifs et que cette fragilité associée à une personnalité dépendante et anxieuse rendait difficile toute confrontation à une nouvelle situation, à des déplacements et à la moindre mobilisation. Dans son rapport à l'Office AI du 5 février 2007 (cf. rapport d'expertise PMU du 11 mars 2008, p. 5), la Dresse G. _____ a indiqué que les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail étaient la dépression chronique, les apnées du sommeil sur la personnalité mixte dépendante et anxieuse avec antécédent de deuil pathologique. Elle a relevé que l'évolution sur le plan psychiatrique restait stationnaire malgré un traitement antidépresseur. Force est ainsi de constater non seulement que, contrairement à l'opinion des premiers juges, les avis du médecin T. _____, d'une part, et ceux des médecins L. _____ et G. _____, d'autre part, divergent, les conclusions du premier étant remises en cause par les seconds, mais également que la situation de l'intéressé ne s'est pas améliorée à la charnière de l'année 2006-2007. A fin 2007, les deux médecins traitants ont expressément confirmé le diagnostic qu'ils avaient posé en début d'année. Les premiers juges ont encore considéré que le rapport d'expertise établi le 11 mars 2008 par les médecins de la PMU ne permettait pas de remettre en cause le fait que l'intéressé aurait retrouvé sa pleine capacité de travail à fin 2006. Ils soulignent notamment les constatations des experts selon lesquelles la santé de l'intéressé se serait péjorée suite à la découverte de la maladie puis du décès de son épouse (cf. jugement, p. 16). Il serait toutefois erroné d'en déduire que l'incapacité de travail de l'assuré ne serait

survenue qu'à l'issue de l'annonce des problèmes de santé de son épouse. Plusieurs éléments du rapport d'expertise de mars 2008 permettent d'en douter. Il ressort en effet de la consultation de psychiatrie du 26 novembre 2007 que l'examen et l'anamnèse de l'expertisé permettaient de poser le diagnostic d'épisode dépressif sévère, ce trouble étant certainement aggravé depuis le décès de l'épouse, mais néanmoins probablement présent auparavant. Il est relevé que le traitement psychiatrique empêchait une évolution maligne de l'état dépressif mais ne permettait pas d'amender celui-ci qui restait sévère et qui entraînait actuellement une incapacité pratiquement totale de travailler (cf. rapport d'expertise PMU du 11 mars 2008, p. 14). Les diagnostics avec influence essentielle sur la capacité de travail posés dans ce rapport sont un épisode dépressif sévère, une spondylarthrose lombaire et une polyarthrite psoriasique sous traitement d'anti-TNF alpha. D'un point de vue rhumatologique, les experts ont constaté qu'il n'était pas exigible que l'intéressé exerce des travaux de force, des travaux où il est exposé à des vibrations corporelles, au froid, au vent, à des activités en flexion antérieure du tronc, à des mouvements en porte-à-faux, à un maintien de positions statiques prolongées assis/debout ou en piétinement bipodal, à des activités de levage régulier de poids et au travail à la chaîne avec rendement imposé, mais que, sous réserve de ces limitations et d'éventuelles poussées, sa capacité de travail n'était a priori pas limitée de manière durable. Sur le plan psychiatrique, les experts ont observé une évolution dans le sens négatif de la symptomatologie dépressive de l'expertisé, durant cette dernière année, par rapport aux précédentes évaluations. En effet, la maladie et le décès de son épouse avaient engendré une importante déstabilisation de son humeur avec un état anxieux important. Enfin, les experts ont conclu à une incapacité de travail totale, s'agissant d'une activité à forte contrainte mécanique, comme exercée auparavant, et à une capacité de travail n'excédant pas 30%, pour une activité adaptée aux limitations rhumatologiques compte tenu des observations psychiatriques, et ce dès janvier 2006. Sur le vu de ce qui précède, il y a lieu de considérer qu'en dehors du rapport d'expertise du 10 octobre 2006 du Dr T. _____, l'ensemble des rapports médicaux produits parlent en faveur d'une incapacité de travail totale de feu A.H. _____ dès janvier 2006 résultant de l'imbrication de troubles psychiatriques et rhumatologiques, ces troubles ayant perduré et causant le même degré d'incapacité de travail. L'annonce des problèmes de santé de son épouse au début 2007 n'a pas entraîné une nouvelle atteinte à la santé du prénommé à l'origine de son incapacité de travail définitive, mais a uniquement contribué à péjorer sa situation. Partant, le moyen des appelants est bien fondé.

E. 4

a) En conclusion, l'appel doit être admis et le jugement réformé en ce sens que l'intimée est astreinte au versement des indemnités journalières fondées sur un degré d'incapacité de travail de 100% jusqu'au terme des prestations contractuelles, avec intérêt moratoire à 5% l'an dès le 15 juillet 2007. b) Conformément à l'art. 114 let. e CPC, il n'est pas perçu de frais judiciaires. c) L'intimée doit verser aux appelants, B.H. _____, C.H. _____ et D.H. _____, la somme de 5'000 fr. à titre de dépens de deuxième instance (art. 7 al. 1 TDC [tarif des dépens en matière civile du 23 novembre 2010]).