

VD_FINDINFO Jug / 2010 / 92 vom 28. Oktober 2010

VD Tribunal cantonal, 2010-10-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Jug___2010___92

FR: VD_FINDINFO Jug / 2010 / 92 du 28 octobre 2010

IT: VD_FINDINFO Jug / 2010 / 92 del 28 ottobre 2010

Regeste

ACCIDENT PROFESSIONNEL, ASSURANCE-MALADIE PRIVÉE, INCAPACITÉ DE TRAVAIL, INDEMNITÉ JOURNALIÈRE, DEGRÉ DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, TROUBLE SOMATOFORME DOULOUREUX, INTÉRÊT MORATOIRE, DEMEURE | 1 DTAs-AM, 12 al. 3 LAMal, 33 LCA, 61 LCA, 106 LPA-VD

Erwägungen

E. 1

Confirmez-vous le diagnostic posé dans votre rapport d'expertise du 6 janvier 2005?

Réponse: Comme les documents que vous m'avez remis n'invoquent aucun fait nouveau intervenu depuis mon examen de M. I. _____ les jeudi 15 juillet et lundi 30 août 2004, je maintiens les diagnostics que j'ai posés dans mon rapport d'expertise du 6 janvier 2005, soit trouble mixte de la personnalité (F61.0), trouble dépressif récurrent, épisode actuel, avec syndrome somatique (F33.11), syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) et syndrome de dépendance à la nicotine, utilisation continue (F17.25).

E. 2

Comment justifiez-vous votre diagnostic au regard de celui émis par le Dr Q. _____ (diagnostic de troubles factices) dans son rapport du 10 janvier 2004? Réponse: Dans mon rapport d'expertise du 6 janvier 2005 en pages 5 et 6, j'ai tenté d'expliquer les raisons qui me faisaient rejeter le diagnostic de trouble factice. Le trouble factice, dans sa définition est une atteinte à la santé provoquée de manière volontaire par le patient. Or dans le cas présent, je ne vois pas par quel moyen l'expertisé pourrait provoquer les douleurs dont il se plaint. Il ne peut donc s'agir que d'une amplification des plaintes. Néanmoins, l'expertisé présente un comportement qui concorde avec ses plaintes même si les plaintes elles-mêmes ne concordent pas avec les signes cliniques. J'estime donc toujours que le diagnostic de trouble factice ne peut pas être retenu.

E. 3

Confirmez-vous une incapacité de travail totale depuis le 18 avril 2001? Réponse: J'estime que cet expertisé n'est pas capable de travailler en raison de son atteinte à la santé, et cela depuis le 18 avril 2001.

E. 4

Cette incapacité de travail est-elle due à la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée? Réponse: Cette question est exactement identique à la question 2.3. du premier complément au rapport d'expertise du 2 juillet 2007. Je copie donc ici la réponse que j'avais alors donnée: "Les troubles que présente l'expertisé ne peuvent s'expliquer que par la présence d'une comorbidité psychiatrique dont j'ai par

ailleurs posé le diagnostic. Il y a un trouble dépressif aggravé par le syndrome douloureux somatoforme persistant et par le trouble mixte de la personnalité. L'ensemble de ces troubles dure depuis plusieurs années et est la cause de l'incapacité de travail". Je n'ai rien à ajouter à cette réponse.

E. 5

a) Il faut admettre, comme retenu par le Tribunal des assurances dans son jugement du 7 janvier 2008 et par l'ensemble des médecins consultés, à la seule exception du Dr Q._____, que la pathologie présentée par l'assuré, respectivement l'atteinte qu'il présentait dans sa santé durant la période d'indemnisation en cause, tenait à un trouble somatoforme douloureux persistant (F45.4). Ainsi, la défenderesse ne saurait être suivie lorsqu'elle fonde son argumentation sur les conclusions du rapport de l'expert Q._____. Outre que l'anamnèse du patient et la description des plaintes contenues dans son rapport sont régulièrement ponctuées de jugements de valeur manifestes (ainsi lorsque le texte même se trouve émaillé de points d'exclamation entre parenthèses), ôtant ainsi aux considérations émises la rigueur scientifique et l'apparence d'impartialité qui doivent présider à l'élaboration d'une expertise, il est manifeste que l'appréciation du cas faite par ce médecin confine en réalité à nier, sur le principe, que le trouble somatoforme puisse être une pathologie médicalement reconnue, pour préférer à ce diagnostic celui de trouble dit factice (cf. p. 18 ss dudit rapport, en particulier la doctrine médicale que l'expert entend faire sienne). b) Subsiste la question de savoir si le trouble somatoforme tel que diagnostiqué, lequel est incontestablement une maladie médicalement reconnue, emportait ou non une incapacité de travail. A cet égard, il y a tout d'abord lieu de relever que le jugement du Tribunal des assurances du 7 janvier 2008 recèle une apparente contradiction lorsqu'il retient, et ceci à juste titre, comme on l'a vu, qu'il n'y a pas à douter du diagnostic de troubles somatoformes, écartant ainsi le postulat du Dr Q._____ (consid. 6a), mais fait par ailleurs siennes les conclusions de ce même médecin quant à la pleine capacité de travail de l'intéressé, reconnaissant en définitive à son rapport une pleine valeur probante (consid. 7, in initio). En d'autres termes, on ne saurait à la fois dresser le constat qu'un rapport est entaché d'une erreur manifeste de diagnostic, et retenir ensuite les conclusions que l'expert déduit d'un tel diagnostic erroné. Il n'y a au demeurant pas à s'en tenir audit jugement dans la mesure où, retenant l'absence d'une comorbidité psychiatrique d'une intensité telle qu'elle puisse être invalidante, c'est au regard des critères de la jurisprudence dans le domaine particulier de l'assurance-invalidité qu'il se prononce, ce qui n'exclut pas que l'assuré ait présenté, au regard des dispositions contractuelles prévalant dans le domaine particulier de l'assurance-maladie complémentaire, une incapacité de travail totale ou partielle, ni ne dispense d'examiner, comme le firent les médecins consultés, la capacité de travail effective de l'assuré, dans son activité habituelle ou dans une activité qui soit raisonnablement exigible. Il se justifie donc, sur ce point, de s'écarter dudit jugement comme des conclusions du Dr Q._____, respectivement de se rapporter aux autres avis médicaux qui, rappelons-le, sont unanimes quant au diagnostic de trouble somatoforme et s'accordent à reconnaître une atteinte à la capacité de travail de l'assuré. Il n'est pas douteux qu'au syndrome douloureux que présentait l'assuré était associé un trouble psychique nécessitant une prise en charge médicale. Les rapports du Dr F._____ du 17 juillet 2002 et des Drs T._____ et C._____ du Département universitaire de psychiatrie D._____ du 15 novembre 2002 sont clairs à ce sujet. Certes, dans leur rapport du 3 décembre 2001, les médecins de la Clinique K._____ ont conclu que les troubles psychiques ne justifiaient pas une incapacité de travail. Ils n'ont toutefois qualifié une

reprise du travail que de souhaitable, et leur rapport est antérieur à la période ici litigieuse, laquelle s'étend postérieurement à la cessation du versement des indemnités le 2 juillet 2002, jusqu'au terme contractuel du droit à un tel versement, soit au 13 janvier 2004. Or, tous les médecins qui ont exprimé leur avis durant cette période - à l'exception du Dr Q._____, mais qu'il convient d'écarter, comme vu plus haut - ont attesté une incapacité de travail de l'assuré. Ainsi le médecin traitant J._____, qui l'estimait totale, le Dr F._____, qui la fixait à 50%, certes temporairement, mais sous réserve d'une prise en charge psychiatrique, et enfin les médecins psychiatres T._____ et C._____, du Département universitaire de psychiatrie D._____, retenant une capacité de travail nulle, avec un pronostic clairement défavorable compte tenu de la chronicité du trouble et de l'extension de la symptomatologie. c) Partant, il faut donc admettre, avec les médecins précités, que l'assuré se trouvait dans l'incapacité de travailler de sorte que l'indemnisation au titre de l'assurance-maladie complémentaire ne pouvait être niée dans son principe par la défenderesse.

E. 6

Il reste, afin de fixer la mesure du droit aux prestations qui devaient être servies, à déterminer la durée de l'incapacité de travail ainsi que son taux, déterminants au regard des CGA telles que rappelées au considérant 3 ci-dessus. a) S'agissant de la durée de l'incapacité de travail, dès lors que l'on doit abstraire l'avis du Dr Q._____ rendu en janvier 2004, il y a lieu de se rapporter au premier rapport médical utile postérieur à cet avis, soit celui établi par le Dr X._____ le 6 janvier 2005. Cette expertise, qui rend clairement compte des raisons qui justifient de s'écarter de l'avis isolé du Dr Q._____ et satisfait manifestement aux exigences posées par la jurisprudence pour se voir reconnaître pleine valeur probante, retient une incapacité de travail totale, due en résumé à un trouble maladif dépressif, aggravé par un trouble somatoforme et un trouble mixte de la personnalité. Ce rapport - dont l'auteur a eu l'occasion de confirmer ou de préciser les termes au cours de la présente procédure - ne sera en définitive pas contredit dans les faits, dès lors que l'état de santé de l'intéressé est allé s'aggravant, donnant ainsi raison au pronostic clairement défavorable déjà posé en novembre 2002 par les médecins du Département universitaire de psychiatrie D._____, pour aboutir au constat d'une pathologie totalement invalidante justifiant l'allocation d'une rente entière d'invalidité. Il faut en conclure, comme retenu par les médecins traitant, que sur l'ensemble de la période déterminante pour le versement des prestations disputées, la capacité de travail de l'assuré se trouvait substantiellement entamée pour cause de maladie, sans qu'aucun élément probant du dossier ne permette de retenir que son état de santé se soit amélioré. b) S'agissant du taux d'incapacité de travail, déterminant pour fixer la proportion des prestations, les considérations qui précèdent devraient conduire à retenir qu'elle fut totale, les conclusions dans ce sens posées par les médecins traitant N._____, Z._____ et J._____ dès mai 2002, puis par le Département universitaire de psychiatrie D._____ en novembre 2002, ayant trouvé confirmation en 2005 sous la plume de l'expert X._____. On peut toutefois s'abstenir de trancher cette question, respectivement de spéculer, sur le taux d'incapacité de travail en tant que tel, eu égard aux lettres B1 et suivantes CGA, ou sur la question de savoir si une capacité de travail pouvait être raisonnablement exigée dans une activité réputée adaptée, conformément à la lettre A10 CGA. En effet, cette dernière disposition, certes déterminante en tant qu'elle est réputée préciser la notion d'incapacité de travail, n'en constitue pas moins l'expression du principe général de l'obligation faite à l'assuré d'entreprendre tout ce qui peut être raisonnablement exigé de lui eu égard aux

circonstances afin de réduire le dommage, en particulier en envisageant un changement d'activité, faute de quoi l'assurance s'en trouverait fondée à réduire, voire à refuser ses prestations. Ce principe général du droit des assurances, notamment énoncé à l'art. 61 LCA, a néanmoins fait l'objet d'une jurisprudence bien établie selon laquelle le devoir de l'assuré d'envisager un changement de profession s'accompagne de celui de l'assureur de l'avoir préalablement mis en demeure de le faire en lui accordant à cet égard un délai adéquat - pendant lequel l'indemnité journalière versée jusqu'alors reste due - pour s'adapter à ces nouvelles contingences et prendre ses dispositions afin de trouver un emploi adapté à sa situation personnelle. Dans la pratique, un délai de trois à cinq mois imparti dès l'avertissement de l'assureur est en règle générale considéré comme adéquat (ATF 133 III 527 consid. 3.2.1; 127 III 106 consid. 4c; TAss VD AMC 36/04 – 1/2007 du 12 décembre 2006; AMC 21/06 – 8/2007 du 21 février 2007; AMC 6/06 – 16/2007 du 12 juin 2007). Or, en l'occurrence, la défenderesse n'a pas satisfait à ce devoir de mise en demeure préalable, ce dont elle ne disconvient du reste pas, les réserves ou le refus quant à son obligation de prise en charge ne valant à l'évidence pas avertissement quant à l'obligation d'envisager un changement d'activité. A cela s'ajoute enfin que la lettre A10 CGA ne saurait en tant que telle emporter un avis suffisant. En effet, au regard du principe de la confiance régissant l'interprétation des CGA, on ne saurait attendre de l'assuré qu'il soit à même de déduire de cette disposition l'obligation d'entreprendre de sa propre initiative et en temps opportun une reconversion professionnelle, sans du reste que n'y soit précisé le délai dont l'assureur pourrait se prévaloir à cet égard.

E. 7

a) Des considérants qui précèdent, il résulte que le demandeur a présenté une incapacité de travail justifiant l'allocation de pleines indemnités journalières du 14 janvier 2002 jusqu'à épuisement des prestations contractuellement prévues, soit jusqu'au 13 janvier 2004. Ces indemnités sont de 123 fr. 95 chacune (soit 80% du salaire assuré), à servir sur toute la durée contractuelle, soit pendant 730 jours, mais dont à déduire le délai d'attente contractuel de 30 jours, et également sous déduction des indemnités journalières déjà versées directement à l'entreprise A. _____ SA entre le 13 février 2002 et le 30 avril 2002, puis entre le 25 mai 2002 et le 2 juillet 2002 (pièce 17 du bordereau du demandeur). Cela représente un solde de 584 jours à indemniser, soit une valeur capitalisée de 72'386 fr. 80 en francs constants, selon les calculs du demandeur qui, étayés par les pièces versées au dossier, n'ont au demeurant pas été contestés par la défenderesse. b) Le demandeur réclame en outre le paiement d'intérêts moratoires. Régissant le contrat en cause (lettre C9 CGA), la LCA ne contient aucune disposition sur la demeure ou l'intérêt moratoire, de sorte que les art. 102 ss CO sont applicables (art. 100 al. 1 LCA). Le débiteur d'une obligation est en demeure par l'interpellation du créancier (art. 102 al. 1 CO). Lorsque le jour de l'exécution a été déterminé d'un commun accord, ou fixé par l'une des parties en vertu d'un droit à elle réservé et au moyen d'un avertissement régulier, le débiteur est mis en demeure par la seule expiration de ce jour (art. 102 al. 2 CO). L'intérêt moratoire, qui s'élève à 5% l'an (art. 104 al. 1 CO), est en principe dû, dans le cas de la demeure par interpellation, à partir du jour suivant celui où le débiteur a reçu celle-ci (Thévenoz, in Commentaire romand du Code des obligations I, n. 9 ad art. 104 CO; TF 5C.177/2005 du 25 février 2006). En l'espèce, ni le contrat d'assurance, ni les CGA qui lui sont applicables ne fixent de terme comminatoire pour l'exécution, ni ne réservent le droit de le fixer à l'une des parties (cf. art. 102 al. 2 CO). Dès lors, la défenderesse ne doit des intérêts moratoires au demandeur qu'après interpellation par celui-ci (art. 102 al. 1 CO). Pour qu'il y ait interpellation valable, il suffit

que le créancier manifeste clairement de quelque manière - par écrit, verbalement ou par actes concluants - sa volonté de recevoir la prestation promise, sans indiquer les conséquences de la demeure (ATF 129 III 535). En l'occurrence, par courrier "A" du jeudi 23 mai 2002, le mandataire du demandeur a, pour la première fois, formellement mis la défenderesse en demeure de s'acquitter de ses prestations contractuelles, qu'elle avait unilatéralement suspendues au 30 avril 2002. Ce courrier constitue une interpellation. Le demandeur ayant droit à 584 indemnités journalières jusqu'au 13 janvier 2004, il convient de fixer au 28 mars 2003 le dies a quo de l'intérêt moratoire, soit l'échéance moyenne de 292 jours jusqu'au 13 janvier 2004 (Spahr, L'intérêt moratoire, conséquence de la demeure, in RVJ 1990 p. 372).

E. 8

Il convient enfin d'arrêter la somme qui, pour la période en cause (soit du 14 janvier 2002 au 13 janvier 2004), aurait été versée par des assurances sociales, assurances de l'entreprise ou tiers responsable qui, en application de la lettre B4 des CGA, autoriserait la défenderesse à réduire d'autant le solde des prestations mises à sa charge dans le jugement du 22 décembre 2009. Les parties ayant été interpellées, il est admis que, durant la période en cause, le demandeur n'a obtenu d'autres prestations financières que celles de l'aide sociale vaudoise, à hauteur de 30'168 fr. 65. Y._____ Assurances considère que cette somme constitue une prestation de substitution au salaire, au même titre que l'indemnité journalière qui aurait été due, qui est une prestation de dommage substitutive au salaire. Le demandeur considère en revanche qu'il ne s'agit pas d'une prestation d'un assureur social, d'une assurance de l'entreprise ou d'un tiers responsable au sens de la lettre B4 des CGA, mais de prestations financières subsidiaires aux prestations des assureurs sociaux, consenties comme ultime filet de sécurité par l'Etat, le cas échéant comme avance remboursable en cas d'intervention d'assureurs sociaux ou de prestations de privés (art. 3 et 36 LASV [loi du 2 décembre 2003 sur l'action sociale vaudoise, RSV 850.051]). Il en conclut que les prestations de Y._____ Assurances lui sont dues en totalité, les services sociaux pouvant le cas échéant réclamer à l'intéressé les avances consenties durant la période en cause. L'argumentation du demandeur doit être suivie. L'aide sociale n'est en effet pas une assurance sociale ou privée, mais relève de prestations dispensées par l'Etat en dernier recours, précisément lorsque aucun assureur ou tiers n'est tenu d'intervenir. Dispenser un assureur privé du versement de prestations qui sont dues reviendrait à priver l'Etat d'une créance en remboursement à laquelle il peut prétendre, compte tenu de ressources financières auxquelles l'administré assisté se voit en définitive reconnaître le droit, à hauteur de 72'386 fr. 20, intérêts moratoires à 5% l'an dès le 28 mars 2003 en sus. Il reviendra au demandeur d'aviser les services sociaux de son canton de l'allocation d'un tel montant, conformément à son devoir d'aviser l'autorité. En définitive, les conclusions de la demande déposée le 11 avril 2006 par I._____ à l'encontre de Y._____ Assurances doivent être admises, en ce sens que, à titre de pleines indemnités journalières de l'assurance-maladie complémentaire, Y._____ Assurances est reconnue débitrice de I._____ de la somme de 72'386 fr. 80 avec intérêt à 5% l'an dès le 28 mars 2003.

E. 9

Le demandeur, qui obtient gain de cause avec le concours d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens (art. 55 LPA-VD, applicable par analogie selon l'art. 109 al. 1 LPA-VD). Ceux-ci sont fixés d'après l'importance et la complexité du litige, sans égard à la valeur litigieuse (application analogique de l'art. 7 TFJAS [Tarif du 2 décembre 2008 des frais

judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales, RSV 173.36.5.2]). En l'espèce, il y a lieu de fixer le montant à 3'500 fr., compte tenu de la complexité du litige, ayant justifié un double échange d'écritures, de nombreuses déterminations écrites et la tenue d'une audience d'instruction. Au surplus, le présent jugement est rendu sans frais, conformément à l'art. 85 al. 3 LSA.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.