

VD_GERICHTE PS15.043844 vom 10. Juli 2019

VD Tribunal cantonal, 2019-07-10, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_PS15.043844

FR: VD_GERICHTE PS15.043844 du 10 juillet 2019

IT: VD_GERICHTE PS15.043844 del 10 luglio 2019

Erwägungen

E. 24

septembre 2014 que son courrier du 12 août 2014 gardait toute sa valeur, à savoir qu'elle fixait la reprise du travail à 100 % le 25 août 2014. Par courrier du 26 septembre 2014 adressé à la défenderesse, la Dresse R. _____, psychiatre du demandeur, a fait les commentaires suivants, à la suite du courrier du Dr L. _____ et de l'expertise du Dr N. _____ : « Le patient que je vois à ma consultation depuis le 11.07.2014, présente une symptomatologie dépressive importante. L'échèle (sic) Beck pour la dépression se situe à 30 (dépression sévère), après l'introduction du traitement antidépresseur (...). Il a des troubles importants de la mémoire et de l'attention suite à l'accident (à voir ex neuropsychologique 2009). Les troubles se sont accentués ce dernier temps, probablement en lien avec la dépression mais aussi probablement en lien avec la consommation d'alcool. Les troubles du sommeil mixtes se sont améliorés après l'introduction de l'Entumine (le patient n'a pas réagi à des hypnotiques conventionnels), avec une fatigue matinale résiduelle. Il a aussi des troubles de compréhension et des problèmes d'acculturation, avec une difficulté à accepter la maladie psychique (d'où la compliance douteuse au traitement). (...) Actuellement il se trouve en incapacité de travail à 100 % par rapport à son ancien travail à cause de la tristesse, aboulie, apathie, troubles de la mémoire, troubles de la concentration, rendement réduit, difficultés relationnelles, fatigue.

- 10 - Suite à l'introduction du traitement, la symptomatologie dépressive semble avoir une évolution favorable, et le patient est désireux de reprendre une activité adaptée par la suite. Actuellement une activité à 50 % adaptée à ses capacités pourrait être envisagée. » Dans ce même courrier, la Dresse R. _____ a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique, troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, utilisation continue, modification organique de la personnalité et troubles cognitifs organiques. Par correspondance du 27 octobre 2014 adressée à la défenderesse, le Dr N. _____ s'est déterminé comme il suit sur la lettre du 26 septembre 2014 de la Dresse R. _____ : « - Il n'y a pas de status psychiatrique dans sa lettre. - L'échelle de Beck (comme d'autres tests) se base en partie sur des énoncés de la personne. La validité de tels tests en expertise est très limitée. - Il n'y a pas de monitoring médicamenteux. - On peut attendre que l'assuré prenne des médicaments pour améliorer son état. - Il n'y a pas d'objectivation des troubles cognitifs. - De plus ils font lien étroit avec la problématique d'alcool. - On peut attendre que l'assuré fasse le nécessaire pour se rendre absteinent. - La modification organique de la personnalité est une pure hypothèse. - L'acculturation n'est pas un facteur médical. Suite à ces constats je ne vois pas de raison de mettre en question mes appréciations antérieures. » 4. Par courrier du 25 septembre 2014, le demandeur a informé la défenderesse qu'il ne percevrait aucune indemnité de chômage pour le mois en cours, en raison du fait qu'il détenait un certificat

médical

- 11 - attestant de son incapacité de travail à 100 % et qu'il n'avait pas effectué de recherches d'emploi. La défenderesse a versé au demandeur la somme de 5'180 fr. 35, correspondant à trente-sept jours d'indemnités à 140 fr. 01 pour la période du 25 août au 30 septembre 2014. En réponse à un courrier du conseil du demandeur daté du 18 mars 2015, la défenderesse a précisé le 30 mars 2015 qu'il ne lui appartenait pas de se prononcer sur l'arrêt des prestations au demandeur par le biais d'une décision formelle, s'agissant d'un contrat perte de gain maladie soumis à la loi sur le contrat d'assurance. A cette occasion, elle a ajouté avoir consenti, au vu de la situation du demandeur, « à titre exceptionnel et sans reconnaissance d'une quelconque responsabilité », à servir des indemnités journalières jusqu'au 30 septembre 2014. 5. a) Par demande du 15 octobre 2015, W. _____, au bénéfice d'une autorisation de procéder délivrée le 14 septembre 2015, a conclu, sous suite de frais et dépens, à ce qu'il soit constaté qu'il se trouvait en incapacité totale de travailler du 1er octobre 2014 au 30 avril 2015 et à ce qu'U. _____ soit reconnue sa débitrice et lui doive immédiat paiement de la somme de 29'542 fr. 10, plus intérêts à 5 % l'an dès le 1er octobre 2014, à titre d'indemnités journalières pour cause d'incapacité de travail du 1er octobre 2014 au 30 avril 2015. Par réponse du 3 novembre 2015, la défenderesse a conclu, avec suite de frais et dépens, au rejet de la demande. b) L'audience d'instruction s'est tenue le 10 mai 2016, en présence du demandeur personnellement, assisté de son conseil, ainsi que, pour la défenderesse, de son conseil. Lors de cette audience, le demandeur a conclu subsidiairement à ce qu'il soit constaté qu'il se trouvait en incapacité de travailler à 50 % du 1er octobre 2014 au 30 avril 2015 et à ce qu'U. _____ soit reconnue sa débitrice et lui doive immédiat paiement de la somme de 14'771 fr. 05, plus intérêts à 5 % l'an

- 12 - dès le 1er octobre 2014, à titre d'indemnités journalières pour cause d'incapacité de travail du 1er octobre 2014 au 30 avril 2015. La défenderesse a conclu au rejet de ces conclusions subsidiaires. En outre, elle a déposé des allégués complémentaires, sur lesquels le demandeur s'est déterminé. 6. Par décision du 2 mars 2016 et s'appuyant sur de nombreux avis et rapports médicaux, l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Neuchâtel (ci-après : l'OAI) a rejeté la demande de prestations déposée le 22 mai 2014 par le demandeur, au motif que, depuis le 23 juillet 2014, sa capacité de travail était totale dans une activité adaptée à ses problèmes de santé, soit dans une activité sans station debout ou marche prolongée, sans position accroupie répétée, sans montée ou descente d'escaliers et sans tâches d'exécution complexes, telle que le métier d'ouvrier de production. 7. a) Invité par le premier juge à répondre à un questionnaire, le Dr L. _____ a indiqué, le 26 septembre 2016, qu'il considérait que le demandeur n'avait pas la capacité de travailler à 100 % du 1er octobre 2014 au 30 avril 2015, l'employeur de celui-ci l'ayant par ailleurs renvoyé à plusieurs reprises à la maison au vu de son état de santé diminué. Il a estimé que, dans le cadre d'une activité manuelle utilisant des machines et exigeant de la précision, le demandeur n'était pas en mesure d'assumer son travail à 100 % et qu'il se mettait en danger, de par ses troubles attentionnels et sa fatigue. Il a en outre relevé que le demandeur présentait des troubles cognitifs et un syndrome post-commotionnel à la suite d'un accident survenu en 2003. L'aggravation de ces troubles, en particulier des déficits attentionnels, des troubles du sommeil et de sa capacité à gérer plusieurs tâches simultanément, tenait selon lui notamment à l'ajout de facteurs de stress au sein de sa situation familiale. Il a ainsi considéré qu'il y avait atteinte mentale et probablement aussi psychique. D'après lui, l'aggravation de l'état du demandeur n'était pas liée à un accident, même si elle accentuait

des troubles et déficits séquellaires à un accident. L'aggravation ayant nécessité un suivi médical

- 13 - et l'introduction d'une médication, ainsi qu'entraîné un arrêt de travail, il a estimé qu'elle répondait à la définition de maladie selon la LPGA. b) Egalement invitée à répondre au questionnaire susmentionné, la Dresse R. _____ a indiqué, le 4 novembre 2016, que l'état de santé du demandeur ne lui permettait pas de travailler à 100 % du 1er octobre 2014 au 1er janvier 2015, précisant qu'elle ne suivait plus ce patient depuis le mois de janvier 2015, et que l'incapacité était liée à un épisode dépressif moyen qui constituait une maladie. Elle a ajouté que l'épisode dépressif et la consommation chronique d'alcool avaient aggravé les troubles cognitifs préexistants, entraînant des risques du fait que son activité nécessitait la maîtrise de machines. Elle a estimé que ces risques devaient être considérés comme suffisants pour justifier une incapacité de travailler au sens de l'art. 6 LPGA et a ajouté que le rapport du Dr N. _____ n'investiguait pas de manière approfondie les troubles cognitifs. 8. a) En cours d'instance, le premier juge a nommé en qualité d'expert le Dr B. _____, spécialiste FMH en neurologie, afin qu'il se détermine sur les allégués soumis à la preuve par expertise. Des examens neurologiques et neuropsychologiques ont donc été conduits par le Dr B. _____ et par [...], psychologue spécialisée en neuropsychologie FSP. Le demandeur s'est également soumis à une IRM cérébrale. Le rapport d'expertise établi par le Dr B. _____ le 18 juin 2018 faisait notamment état de ce qui suit : « Concernant les plaintes, de manière spontanée, l'assuré évoque essentiellement des difficultés psychologiques, raison pour laquelle il est suivi sur ce plan. Il estime qu'il n'est toujours pas en mesure de reprendre une activité professionnelle. De manière dirigée, il existe également des plaintes à caractère cognitif, tel qu'elles sont relevées dans l'expertise neuropsychologique, avec tendance aux oublis, fatigue importante, difficultés de concentration, difficultés pour lire, pour calculer. L'approche clinique durant l'expertise neurologique nous a mis face à un homme collaborant, focalisé essentiellement sur son état psychique. L'examen neurologique complet et détaillé n'a mis en évidence aucune anomalie qui pourrait refléter une séquelle cérébrale traumatique. Lors de l'examen neuropsychologique, il est décrit également comme

- 14 - adéquat dans la relation. En revanche, l'examen neuropsychologique a pu très clairement mettre en évidence un profil dont la cohérence et la validité sont insatisfaisantes en raison de plusieurs indicateurs d'effort fourni insuffisant, ce qui est confirmé par les tests de validation de symptômes. A l'heure actuelle, la concomitance de plusieurs incohérences et surtout de plusieurs indicateurs de validité insatisfaisante, est invocatrice d'une tendance à la majoration des symptômes. Dès lors, les anomalies mises en évidence ne peuvent être mises sur le compte d'un trouble neuropsychologique réel, qu'il soit d'origine tant somatique que psychologique. Subjectivement, l'état psychique de Monsieur W. _____ ne s'est pas modifié depuis 2014. Au total, nous retiendrons chez cet assuré de vraisemblables séquelles neuropsychologiques, mais légères, du TCC sévère datant de 2003, et ceci est appuyé par l'IRM cérébrale qui révèle des séquelles traumatiques discrètes et associées à des anomalies en lien avec une majoration des symptômes. En revanche, le tableau neuropsychologique effectué dans le cadre de cette expertise ne correspond pas à celui d'une atteinte post- traumatique accentuée par une composante psychique, en particulier thymique, comme cela est avancé par le Docteur L. _____. (ndr : en gras dans le texte) En conséquence, nous estimons comme non vraisemblable que ce soit (sic) des troubles neurologiques ou neuropsychologiques qui justifient l'incapacité de travail total du

30.04.2014 au 30.04.2015. (ndr : en gras dans le texte) » b) L'expert B. _____ a déposé un complément d'expertise daté du 21 septembre 2018, dans lequel il a répondu aux remarques du conseil du demandeur et a maintenu les conclusions de l'expertise du 18 juin 2018. Il a notamment précisé ce qui suit : « Concernant le syndrome post-commotionnel, il s'agit d'un syndrome classé dans la CIM10 dans le chapitre des troubles mentaux, autrement dit psychiatrique (...). Il s'agit d'une liste de symptômes peu spécifiques, mais en effet rapportés par Monsieur W. _____, en particulier fatigue, dépression, difficultés de concentration, pour lire ou

- 15 - pour calculer. Il s'agit donc d'un tableau subjectif, et les plaintes déplorées par Monsieur W. _____ ont été prises en considération dans les conclusions de notre expertise. Il convient de relever par ailleurs que l'expert psychiatre n'avait pas retenu ce diagnostic. Il convient également de souligner que l'assuré avait pu reprendre une activité professionnelle à temps plein dès le 01.10.2012, soit bien après l'événement du 06.06.2003. Dès lors, il n'est pas cohérent de justifier l'incapacité de travail survenue entre le 30.04.2014 et le 30.04.2015 par la présence d'un syndrome post-commotionnel secondairement à un TCC survenu le 06.06.2003, soit 11 ans auparavant. » 9. L'audience de jugement s'est tenue le 22 janvier 2019 en présence du demandeur, assisté de son conseil, ainsi que, pour la défenderesse, de [...], cadre à la Direction générale, assisté de son conseil. D'entrée de cause, le demandeur a requis un complément d'expertise s'agissant de son état dépressif. La défenderesse a conclu au rejet de cette requête. Le premier juge a informé les parties que la question du complément d'expertise serait tranchée dans le cadre de la décision au fond. En droit : 1. 1.1 L'appel est recevable contre les décisions finales de première instance (art. 308 al. 1 let. a CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272]) au sens de l'art. 236 CPC dans les causes patrimoniales dont la valeur litigieuse est d'au moins 10'000 fr. (art. 308 al. 2 CPC).

- 16 - L'appel, écrit et motivé, doit être introduit auprès de l'instance d'appel dans les 30 jours à compter de la notification de la décision motivée ou de la notification postérieure de la motivation (art. 311 al. 1 CPC). 1.2 En l'espèce, formé en temps utile par une partie qui a un intérêt digne de protection (art. 59 al. 2 let. a CPC), contre une décision finale de première instance rendue dans une cause patrimoniale dans laquelle la valeur litigieuse est supérieure à 10'000 fr., l'appel est recevable. 2. 2.1 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. Elle peut revoir librement l'appréciation des faits sur la base des preuves administrées en première instance (JdT 2011 III 43 consid. 2 et les réf.). 2.2 2.2.1 L'appelant requiert la mise en œuvre d'un complément d'expertise relatif à l'état dépressif s'agissant en particulier des allégués 17, 19, 24 et 36 de la demande. 2.2.2 Le droit à la preuve ne s'oppose pas à ce que l'autorité mette un terme à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de forger sa conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude que ces dernières ne pourraient l'amener à modifier son opinion (ATF 143 III 297 consid. 9.3.2 ; ATF 140 I 285 consid. 6.3 ; ATF 138 III 374

- 17 - consid. 4.3.2; Colombini, Code de procédure civile, Condensé de la jurisprudence fédérale et vaudoise, n. 1.4.2 ad art. 152 CPC). 2.2.3 En l'espèce, le premier juge a considéré que l'expertise du Dr B. _____ et son complément apparaissaient complets et

propres à porter un jugement valable sur la prétention litigieuse. Cette appréciation ne prête pas le flanc à la critique. En effet, s'agissant de l'état dépressif allégué, l'expert a réitéré, dans son complément d'expertise, que le tableau neurologique et neuropsychologique, quelle que soit son origine – post-traumatique ou psychique –, ne justifiait pas une incapacité de travail pour la période litigieuse, se référant pour le surplus à l'expertise psychiatrique effectuée par le Dr N._____. L'expert B._____ a par ailleurs exclu de justifier l'incapacité de travail par la présence d'un syndrome post-commotionnel secondaire à un TCC survenu le 6 juin 2003. Le dossier apparaît ainsi suffisant pour permettre de statuer, la question de l'appréciation des preuves au dossier étant examinée ci-dessous. 3. 3.1 L'appelant soutient que le premier juge aurait considéré à tort que l'expertise judiciaire établie par le Dr B._____ était suffisamment complète pour retenir que les éléments allégués par l'appelant pour justifier de son incapacité de travail ne pouvaient pas être assimilés à une maladie au sens de l'art. 3 LPGA. 3.2 S'agissant de l'appréciation des preuves et en particulier des rapports médicaux dans un litige portant sur des assurances complémentaires à la LAMal, on peut se référer à la jurisprudence rendue par les cours de droit social du Tribunal fédéral (CACI 21 mars 2013/163 consid. 3b/bb), qu'il faut cependant adapter pour tenir compte des règles du CPC, notamment relatives à la valeur probante des expertises privées. Selon le 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

- 18 - de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Le degré de preuve requis ne doit pas être absolu. 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 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références citées; TF 8C_657/2009 du 15 novembre 2010 consid. 4.1 ; TF 8C_24/2010 du 27 décembre 2010 consid. 2 ; TF 8C_1034/2010 du 22 décembre 2010 consid. 4.2 ; TF 8C_704/2007 du 9 avril 2008 consid. 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 consid. 4; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 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 consid. 4 ; ATF 115 V 133 consid. 2 ; ATF 114 V 310 consid. 2c ; ATF 105 V 156 consid. 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 consid. 5.1 ; ATF 125 V 351 consid. 3a et la référence citée ; TF 9C_22/2011 du 16 mai 2011 consid. 5 ; TF 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 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

- 19 - 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 consid. 2.2 ; TF 8C_420/2010 du

E. 27

octobre 2010 consid. 4.3 ; TF 8C_65/2010 du 6 septembre 2010 consid. 3.1 ; TF 9C_53/2009 du 29 mai 2009 consid. 4.2 et les arrêts cités). En présence de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut pas 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. 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 (TF 4A_481/2014 du 20 février 2015 consid. 2.4.1 ; TF 4A_318/2016 du 3 août 2016 consid. 6.2 ; TF 5A_266/2017 du 29 novembre 2017 consid. 6.3). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3 ; TF 4A_481/2014 du 20 février 2015 consid. 2.4.1 ; TF 4A_318/2016 du 3 août 2016 consid. 6.2). Cela ne signifie pas que l'on puisse dénier dans tous les cas toute valeur probante au rapport du médecin traitant. Il n'y a pas de règle stricte sur l'appréciation d'un tel rapport, qui dépend des circonstances concrètes (TF 4A_571/2016 du 23 mars 2017 consid. 4.2 ; TF 4A_569/2018 du 14 janvier 2019 consid. 4.2; Colombini, op. cit., n. 1.2.3 ad art. 184 CPC et réf. citées).

- 20 - Une expertise privée n'est ni une expertise au sens des art. 183 ss CPC (qui doit être requise par le tribunal) ni une pièce et ne constitue qu'une simple allégation de partie. Cela vaut également dans les litiges en matière d'assurance complémentaire à l'assurance sociale, où la jurisprudence développée en matière d'assurances sociales (ATF 125 V 351) est inapplicable. En tant qu'allégation de partie, l'expertise privée doit cependant être contestée de manière suffisamment circonstanciée (TF 4A_318/2016 du 3 août 2016 consid. 3.1). Une contestation globale ne suffit pas, la partie intimée étant tenue de détailler quels éléments de faits elle conteste concrètement. D'autre part, l'expertise privée peut, si elle est corroborée par d'autres indices dûment prouvés, contribuer à la preuve. Le tribunal ne saurait dès lors se fonder sur une expertise privée dûment contestée comme seul moyen de preuve (ATF 141 III 433 consid. 2 ; TF 4A_85/2017 du 4 septembre 2017 consid. 2.1; Colombini, op. cit., n. 1.4.2 ad art. 184 CPC et réf. citées). Il n'est pas insoutenable de se fonder sur une expertise privée concluante, appuyée par les considérations d'une décision de l'office AI, à l'encontre d'un certificat du médecin traitant, sans ordonner d'expertise judiciaire (TF 4A_318/2016 du 3 août 2016 consid. 6.3). 3.3 3.3.1 En l'espèce, il y a lieu, dans un premier temps, d'apprécier les différents éléments médicaux au dossier. Tout d'abord, l'expertise judiciaire B._____ et son complément sont clairs sur l'absence de cause neuropsychologique et neurologique à l'incapacité de travail pour la période litigieuse, ce qui n'est pas contesté. L'expert judiciaire B._____ a également considéré que l'origine

post-commotionnelle des troubles du sommeil ne reposait pas sur des éléments objectifs probants. Il a relevé de vraisemblables séquelles neuropsychologiques, mais légères, du TCC sévère datant de 2003, ce qui était appuyé par l'IRM cérébrale, qui révélait des séquelles traumatiques

- 21 - discrètes et associées à des anomalies en lien avec une majoration des symptômes, l'expert relevant par ailleurs que la concomitance de plusieurs incohérences et de plusieurs indicateurs de validité insatisfaisante était évocatrice d'une tendance à une telle majoration des symptômes. En revanche, selon l'expert, le tableau neuropsychologique effectué dans le cadre de cette expertise ne correspondait pas à celui d'une atteinte post-traumatique accentuée par une composante psychique, en particulier thymique, comme cela était avancé par le Dr L._____. Dans son complément, l'expert B._____ a précisé que le syndrome post-commotionnel, classé dans le chapitre des troubles mentaux, retenait une liste de symptômes peu spécifiques, mais rapportés par l'appelant, « en particulier fatigue, dépression, difficultés de concentration, pour lire ou pour calculer ». Il s'agissait donc d'un tableau subjectif et les plaintes émises par l'intéressé avaient été prises en compte dans les conclusions de l'expertise. Il a ajouté que l'expert psychiatre (ndr : le Dr N._____) n'avait également pas retenu ce diagnostic et qu'il convenait de souligner que l'assuré avait pu reprendre son activité professionnelle à temps plein dès le 1er octobre 2012, soit bien après l'événement du 6 juin 2003, de sorte qu'il n'était pas cohérent de justifier l'incapacité de travail par la présence d'un symptôme post-commotionnel secondaire à un TCC survenu 11 ans auparavant. Sur ce point, l'appelant reproche à l'expert B._____ de s'être prononcé sur un élément psychiatrique, alors qu'il ne l'avait pas fait s'agissant de l'état dépressif, et soutient que l'expertise devrait être écartée pour ce motif, d'autant que l'expert n'avait pas disposé de l'entier du dossier LAA. L'appelant n'explique cependant pas pour quels motifs le dossier LAA aurait été susceptible de mener l'expert à d'autres conclusions, le caractère sévère du TCC initial étant reconnu. D'autre part, l'expert était sans autres en mesure, au vu de ses compétences médicales et neurologiques, d'exclure le symptôme post-commotionnel, en se fondant sur le fait que le TCC était survenu plus de 11 ans auparavant et que l'appelant avait pu travailler à plein temps depuis 2012, ce qui ne prête pas le flanc à la critique.

- 22 - 3.3.2 Il reste à évaluer les éléments médicaux relatifs à l'état dépressif de l'appelant. Dans ses certificats médicaux, le Dr L._____, médecin traitant de l'appelant et spécialiste en médecine physique et de rééducation, a évoqué des troubles du sommeil post-commotionnel, respectivement un syndrome post-commotionnel, pour justifier une incapacité, mentionnant, dans son rapport du 2 mai 2014, un probable état dépressif s'ajoutant au syndrome post-commotionnel. S'exprimant sur le rapport du Dr N._____, le Dr L._____ a indiqué dans son rapport du 20 août 2014 rejoindre en grande partie le Dr N._____ dans les éléments amnésiques qu'il relevait et quant à son appréciation et il a dit comprendre que ce dernier ne retienne pas de diagnostic psychiatrique ayant valeur d'invalidité ou d'incapacité de travail. Il s'est borné à relever que les perturbations du sommeil de l'appelant et les capacités attentionnelles de ce dernier durant la journée étaient pratiquement de nature à rendre le travail avec des machines – ce qui était le cas dans l'ancienne activité de l'intéressé – dangereux et a estimé qu'une activité à 50% pouvait être envisagée. Dans son courrier du 26 septembre 2014, la Dresse R._____, psychiatre de l'appelant, a indiqué que ce dernier souffrait d'une dépression sévère, nécessitant un traitement antidépresseur, exposant que les troubles de la mémoire et de l'attention dont

souffrait l'appelant ensuite de l'accident de 2003 s'étaient accentués à cause de sa dépression et probablement de sa consommation d'alcool. Elle a précisé que les troubles du sommeil mixtes s'étaient améliorés, avec une fatigue matinale résiduelle, et a indiqué que l'intéressé présentait des troubles de compréhension et des problèmes d'acculturation, avec une difficulté à accepter la maladie psychique, ce dernier élément entraînant une « compliance douteuse » au traitement du patient. Elle a indiqué que l'incapacité de travail à 100% de l'appelant était causée par de la tristesse, de l'aboulie, de l'apathie, des troubles de la mémoire, des troubles de la concentration, un rendement réduit, des difficultés

- 23 - relationnelles et de la fatigue, mais elle a estimé qu'une activité à 50% adaptée à ses capacités pouvait être envisagée. Dans son rapport d'expertise fouillé du 22 juillet 2014, réalisée sur mandat de l'intimée, le Dr N. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, après une anamnèse complète, un historique médical, un exposé des plaintes et des descriptions subjectives de l'appelant, ainsi qu'un résumé du dossier et de l'historique médical de ce dernier, a procédé aux constatations cliniques puis à la discussion, au terme de laquelle il a indiqué que si l'énergie vitale de l'appelant avait « légèrement baissé », l'anamnèse systématique avait cependant montré « quelques contradictions dans le sens qu'il (ndr : W. _____) n'était pas dans un état végétatif et de retrait comme initialement mentionné » et que « l'essentiel de cette problématique n'[était] pas dans l'existence d'un état dépressif proprement dit, endogène ou majeur, [l]'état clinique abaissé [étant] en fort lien avec la situation conjugale, la révolte et la colère contre l'amant de sa femme et une situation psychosociale péjorée ». Le médecin a ensuite posé le diagnostic de dysphorie / dysthymie, avec troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation continue d'alcool, et « accentuation de certains traits de personnalité, ici sous forme de personnalité narcissique immature et caractérielle ». En conclusion, il a retenu qu'il existait chez l'appelant « en arrière-fond déjà un processus néfaste avec évitement, régression, démotivation indirecte pour un projet professionnel », qu'une reprise d'activité professionnelle était non seulement exigible mais aussi constructive, voire thérapeutique pour l'intéressé, ce que ce dernier avait lui-même admis (« le travail c'est la santé »), que sa capacité de travail était à considérer comme entière après un laps de temps de transmission et qu'il n'existait aucune raison pour retenir une incapacité de travail sur le plan psychiatrique, les « notions de troubles psychologiques et de fluctuations thymiques » présentes dans le passé n'ayant d'ailleurs ni conduit à des arrêts de travail ni l'ayant empêché d'effectuer une nouvelle formation. Le Dr N. _____ s'est par ailleurs exprimé le 27 octobre 2014 sur le rapport de la Dresse R. _____, en relevant qu'il n'y avait pas de

- 24 - status psychiatrique dans la lettre de cette dernière, que la validité des tests selon l'échelle de Beck était très limitée, qu'il n'y avait pas de monitoring médicamenteux, qu'on pouvait attendre de l'assuré qu'il prenne des médicaments pour améliorer son état, qu'il n'y avait pas d'objectivation des troubles cognitifs, qui faisaient lien étroit avec une problématique d'alcool, pour laquelle on pouvait attendre que l'assuré fasse le nécessaire pour se rendre abstinente, et, enfin, que l'acculturation n'était pas un facteur médical. S'agissant des rapports du Dr L. _____, force est de constater que celui-ci a reconnu lui-même que les troubles dépressifs de l'appelant n'avaient pas de valeur d'incapacité de travail et qu'il s'est limité à asseoir l'incapacité de travail de 50% de l'intéressé sur le potentiel danger dans l'ancienne activité exercée en raison de déficits d'attention. Ce faisant, il méconnaît que l'incapacité de travail est définie par le ch. B4 des CGA comme une incapacité, résultant d'une maladie et attestée par un médecin, d'accomplir un travail qui

peut être raisonnablement exigé de la personne assurée dans sa profession ou son domaine d'activité et qu'il est également tenu compte de travaux pouvant être raisonnablement exigés dans une autre profession ou un autre domaine d'activité. Ainsi, d'une part, l'incapacité d'exercer une activité n'est pas à elle seule suffisante, celle-ci devant résulter d'une maladie et, d'autre part, il peut être tenu compte d'autres professions ou activités raisonnablement exigibles, l'examen n'ayant dès lors pas à se limiter à la profession exercée jusqu'alors. Or le Dr L. _____ ne nie pas l'absence de diagnostic psychiatrique et se fonde uniquement sur l'incapacité pratique, qui plus est uniquement dans le cadre de l'activité exercée jusqu'alors. Par ailleurs, dans la mesure où les certificats du Dr L. _____ se fondent sur un syndrome post-traumatique, ils ne sont pas déterminants au vu de l'expertise judiciaire, comme déjà vu. L'appelant ne peut donc rien déduire en sa faveur des rapports du Dr L. _____. Cela étant, il ne prête pas le flanc à la critique d'avoir préféré un rapport d'expertise très complet et fouillé, même établi sur requête de l'intimée, à un rapport beaucoup plus sommaire d'un des médecins

- 25 - traitants de l'appelant. C'est d'autant plus le cas que l'expert judiciaire a fait sien cet « avis expertal » et que ses conclusions sont corroborées par le dossier AI, l'OAI ayant retenu, selon décision du 2 mars 2016, que la capacité de travail de l'appelant était totale dès le 23 juillet 2014 dans une activité adaptée à ses problèmes de santé, soit dans une activité sans station debout ou marche prolongée, sans position accroupie répétée, sans montée ou descente d'escaliers et sans tâches d'exécution complexes, ce qui corrobore tant le rapport d'expertise judiciaire que le rapport du Dr N. _____. Compte tenu de ce qui précède, c'est à juste titre que le premier juge a considéré que les éléments allégués par W. _____ pour justifier de son incapacité de travail ne pouvaient pas être assimilés à une maladie au sens de l'art. 3 LPGA et que celui-ci était donc capable de travailler à 100 % dans une activité adaptée à ses problèmes de santé et ce à tout le moins dès le 1er octobre 2014. 4. Il s'ensuit que l'appel, manifestement mal fondé, doit être rejeté selon le mode procédural prévu à l'art. 312 al. 1 CPC et le jugement entrepris confirmé. L'appel étant d'emblée dénué de chances de succès, l'assistance judiciaire ne peut pas être accordée. Conformément à l'art. 114 let. e CPC, il ne sera pas perçu de frais judiciaires de deuxième instance. Il n'y a pas lieu à l'allocation de dépens, l'intimée n'ayant pas été invitée à se déterminer.

- 26 -