

# **VD\_GERICHTE ZE16.001770 vom 1. Mai 2017**

VD Tribunal cantonal, 2017-05-01, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZE16.001770](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZE16.001770)

FR: VD\_GERICHTE ZE16.001770 du 1 mai 2017

IT: VD\_GERICHTE ZE16.001770 del 1 maggio 2017

## **Erwägungen**

### **E. 1**

ANAMNÈSE [...]

#### **E. 1.2**

Evolution de la maladie et résultat des thérapies Antécédents psychiatriques Selon U.\_\_\_\_\_, les troubles sont récents. Le malaise qu'elle ressent actuellement est beaucoup plus important que le malaise qu'elle avait ressenti en Bosnie. A noter qu'il n'y a pas eu d'hospitalisation en milieu psychiatrique. Dans les faits, U.\_\_\_\_\_ a bénéficié d'un suivi psychothérapeutique de 2003 à 2012. Antécédents somatiques Douleurs. [...]

#### **E. 2**

PLAINTES SUBJECTIVES Spontanément, U.\_\_\_\_\_ rapporte des douleurs dorsales et des blocages au niveau de membres inférieurs. Elle ne peut pas lever les épaules. Elle n'est pas bien psychiquement. Elle se sent perdue. Elle reste allongée la plupart du temps durant la journée.

- 5 - A l'anamnèse orientée, il n'est pas possible de savoir s'il y a des problèmes de concentration ou pas [...]. Elle entend parfois plusieurs voix qui communiquent entre elles par des sons bizarres. Ce ne sont pas des paroles distinctes. Cela l'inquiète. Cela a été le motif d'une consultation en psychiatrie. Elle ne se sent pas directement menacée, ajoutant ensuite qu'elle a peur de tout. [...] U.\_\_\_\_\_ est anxieuse car elle ne se sent pas bien et elle est incapable de travailler. Elle a beaucoup de peine à sortir de chez elle mais il n'y a pas de cognition agoraphobe. Elle explique que ses difficultés à se déplacer sont liées à des douleurs importantes qui l'empêchent de bouger. A noter que, selon U.\_\_\_\_\_, les douleurs sont apparues lors d'un accident de travail il y a 4 ans [...].

#### **E. 3**

EXAMEN CLINIQUE [...] Il n'y a pas de comportement algique durant l'entretien mais un fort rétrécissement du champ de la pensée sur des douleurs. Celles-ci reviennent assez spontanément dans son discours. U.\_\_\_\_\_ quittera l'entretien en boitant avec une attitude démonstrative. L'attitude est extrêmement plaintive. L'orientation est normale dans les trois modes. Il y n'a pas de troubles de la vigilance. Il est difficile vu l'attitude extrêmement plaintive de mesurer d'éventuels troubles de la mémoire et U.\_\_\_\_\_ a de la peine à donner des indications précises concernant certains événements. Il n'y a pas de problème de concentration ni d'attention. [...] Globalement, l'attitude de U.\_\_\_\_\_ touche peu l'examineur vu le caractère manifestement exagéré des plaintes. Cela rend également l'expression de certaines plaintes assez peu crédibles. Ceci est renforcé par le fait que, incidemment après l'entretien, nous avons vu U.\_\_\_\_\_ dans un établissement public. Elle était alors accompagnée d'un homme. Elle paraissait détendue. Nous l'avons

vue rire. Elle semblait alors pas du tout affectée alors qu'elle nous avait affirmé qu'elle voulait terminer l'entretien au plus vite pour pouvoir rentrer à domicile. [...].

## **E. 4**

### **DIAGNOSTICS**

#### **E. 4.1**

Diagnosics ayant une répercussion sur la capacité de travail • Nihil.

##### **E. 4.1.0**

DIAGNOSTICS SELON LE DSM-IV-TR [Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux, 4e éd.] Axe I Episode dépressif majeur récurrent, actuellement moyen à sévère (avec somatisations) Axe II Possible modification durable de la personnalité après événements catastrophes Axe III\* Surcharge pondérale (BMI 31.09kg/m<sup>2</sup>) cf. spécialiste concerné Axe IV Décès de son époux en 1993 ; traumatismes durant la guerre en Bosnie en 1997 ; conflit professionnel et licenciement \* L'axe III (pathologie somatique) est mentionné à titre indicatif, sur la base du dossier médical, car il sort du champ des compétences de l'expert psychiatre.

##### **E. 4.1.1**

DIAGNOSTICS AYANT UNE REPERCUSSION SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL • Episode dépressif majeur récurrent, actuellement moyen à sévère (avec somatisations) • Possible modification durable de la personnalité après événements catastrophes

##### **E. 4.1.2**

DIAGNOSTICS SANS REPERCUSSION SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL • --- 5. DISCUSSION [...]

#### **E. 4.2**

Diagnosics sans répercussion sur la capacité de travail • Syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4).

- 6 - • Troubles dépressifs récurrents, épisode actuel léger, sans syndrome somatique (F33.00). • Possible modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0).

## **E. 5**

APPRÉCIATION DU CAS ET PRONOSTIC Introduction U. \_\_\_\_\_ est âgée de 45 ans. Elle est veuve et mère d'un enfant âgé de 24 ans. Elle vit en Suisse depuis 2002. Depuis 4 ans, elle bénéficie d'un permis B après avoir bénéficié d'un permis F, U. \_\_\_\_\_ étant venue en Suisse avec un statut de réfugiée politique. U. \_\_\_\_\_ a vécu des scènes extrêmement pénibles dans son pays. A la lecture du rapport du dossier médical il apparaît qu'elle a été abusée. Elle nous confiera également qu'elle a perdu son mari ainsi qu'un beau-frère durant le conflit armé. Elle a été prise en charge de 2003 à 2012 dans un centre de psychothérapie. L'évolution clinique satisfaisante a permis un arrêt de ce suivi et un arrêt de la médication psychotrope. Elle a travaillé au total durant 6 ans environ de 2008 à 2014. Il y a une rechute dépressive depuis le printemps et depuis octobre 2014 une incapacité de travail en lien avec une reconnaissance d'un épisode dépressif. U. \_\_\_\_\_ se sent apparemment maltraitée par son employeur. Selon notre entretien téléphonique avec le Dr S. \_\_\_\_\_, il ressort que U. \_\_\_\_\_ fonctionne selon un mode opératoire et qu'elle a de

faibles ressources psychiques. Elle peut être projective ce qui provoque des difficultés relationnelles, notamment avec les sujets masculins. Il s'interroge sur le fait qu'elle ait pu travailler. U.\_\_\_\_\_ souffre d'un trouble somatoforme et les plaintes somatiques sont au premier plan. Les entretiens se font avec un traducteur. Il estime que l'incapacité de travail est entière. Selon notre entretien téléphonique avec la Dresse K.\_\_\_\_\_, il ressort que le métier était difficile, ce qui était responsable de douleurs dorsales. Il y avait aussi des problèmes liés à l'environnement professionnel celui-ci étant principalement masculin. La Dresse K.\_\_\_\_\_ a procédé à des injections d'antalgiques. Situation actuelle Sur la base des éléments anamnestiques et de notre observation, nous retenons en premier lieu un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). Il y a un rétrécissement important du champ de la pensée sur les douleurs, U.\_\_\_\_\_ est extrêmement plaintive et aussi par moment démonstrative. Elle a tendance à répondre de façon positive à quasiment toutes les questions qui lui sont posées à l'anamnèse orientée. L[e] caractère manifestement exagéré des réponses, rend ces dernières moins crédibles. Elle reproche à son employeur d'avoir trop exigé d'elle et surtout elle revient à plusieurs reprises sur le fait qu'elle a été victime d'un

- 7 - accident du travail et que depuis elle ressent d'importantes douleurs. Le diagnostic différentiel doit se faire avec une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0). Ce trouble est associé à un trouble de l'humeur. Les plaintes subjectives étant beaucoup plus importantes que les constatations objectives, il est difficile d'apprécier la présence d'un épisode dépressif. Sur la base des seules plaintes subjectives de l'assurée, on retiendrait un épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique. Vu la présence d'un certain dynamisme, un caractère démonstratif et le fait qu'incidemment elle se présentait sous un aspect tout à fait normal, nous considérons que cet épisode dépressif est actuellement tout au plus léger et syndrome somatique (F32.00). Finalement, U.\_\_\_\_\_ présente possiblement une modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0). Il n'y a pas lieu de remettre en doute le fait qu'elle a subi un choc psychologique et que cela a eu des conséquences sur son état psychique. Toutefois il faut relever qu'elle a pu reprendre une activité professionnelle et suivre des cours de français en Suisse. De plus, elle affirme que le fait d'avoir une activité professionnelle a un effet positif sur son état psychique et actuellement elle ne pense plus à la guerre, ses problèmes actuels sont au premier plan. Ces éléments parlent contre une modification durable de la personnalité et si l'on devait toutefois retenir ce diagnostic, cela n'entraverait pas sa capacité de travail. Cela ne représenterait pas non plus une comorbidité psychiatrique sévère. Capacité de travail Nous ne retenons aucune limitation fonctionnelle. La capacité de travail est entière, U.\_\_\_\_\_ peut travailler à raison de 8 heures par jour sans diminution de rendement et ceci dès à présent. Il y a une attitude extrêmement régressive. Cela ne rentre pas dans le cadre d'une affection psychiatrique pouvant occasionner une incapacité de travail.

## **E. 5.2**

APPRECIATION DIAGNOSTIQUE D'un point de vue psychopathologique, U.\_\_\_\_\_ a présenté une évolution dépressive probablement dans un contexte professionnel, son employeur lui exprimant de nombreuses critiques et semble-t-il faisant des menaces de licenciement. D'autre part, l'assurée a connu des tensions avec des ouvriers saisonniers qui auraient eu des gestes obscènes et des comportements inadéquats avec elle. On sait la mise en route en novembre 2014 d'un traitement de Cymbalta 30 mg et de Seroquel à 150 mg/j.

Lorsque U. \_\_\_\_\_ a été

- 11 - examinée en février 2015 pour une expertise psychiatrique, le Dr X. \_\_\_\_\_ ne met pas en évidence de symptomatologie dépressive cliniquement importante. Celle-ci est jugée comme légère, avec des symptômes somatiques. D'autre part, le Dr X. \_\_\_\_\_ relève le caractère démonstratif et plaintif, ainsi que la discordance entre son comportement entre l'expertise et celui qu'il aurait observé lorsque l'assurée s'est trouvée par la suite dans un restaurant. Il paraît probable que des suites de l'arrêt du versement des prestations de la F. \_\_\_\_\_ Assurance Maladie SA, d'un sentiment de préjudice qui existait déjà vis-à-vis de son ex-employeur, U. \_\_\_\_\_ ait présenté une aggravation de la symptomatologie anxio- dépressive. Nous nous trouvons face à une assurée en larmes, qui présente une anhédonie, une aboulie, un apragmatisme et qui du fait du traitement de Seroquel 150 mg, maintenant augmenté à 200 mg/j, a une prise pondérale de 10 kg, avec une importante somnolence durant la journée et des sensations vertigineuses. Il y a de nombreuses plaintes somatiques atypiques qui semblent résulter d'une assurée disposant de peu de capacités d'introspection et qui médiatise la souffrance psychique sur son corps. Les quelques symptômes d'allure paranoïde formulés sur un mode très imagé, semblent peu consistants et se retrouve – par expérience – fréquemment chez ces sujets d'ex-Yougoslavie, lié à certains déterminants culturels. Il n'existe probablement pas véritablement de symptômes psychologiques lege artis. U. \_\_\_\_\_ semble avoir été victime de viol en 1997, dont nous savons manifestement seulement que cela a entraîné de graves conséquences tant au niveau personnel que familial. En ce sens, l'hypothèse d'une modification de la personnalité après expérience catastrophe peut être retenue. Ce concept fait référence au schéma de triple blocage des fonctions du « moi » de FENICHEL : fonction de filtration de l'environnement, fonction de la présence dans le monde et fonction des relations à autrui. Classiquement, cette modification de la personnalité conduit à une perte d'intérêt et à un état subdépressif, un retrait social et des symptômes phobiques divers, avec souvent un dysfonctionnement relatif majeur, comme c'est le cas ici. Force est de constater que le Dr S. \_\_\_\_\_ s'oppose fermement à la décision de F. \_\_\_\_\_ Assurance Maladie SA d'interrompre ses versements et à l'avis de l'expert X. \_\_\_\_\_. Pourtant l'assurée nous a fait parvenir une note manuscrite du Dr S. \_\_\_\_\_ indiquant que le Cymbalta est toujours à 30 mg/j le matin et le Seroquel à 150 mg/j. Il semble donc y avoir une inconséquence entre l'allégation d'une dépression sévère ne répondant pas au traitement, alors que celui-ci n'a jamais été modifié depuis novembre 2014. D'autre part, le Cymbalta à une posologie de 30 mg/j n'a pas une véritable activité antidépressive et comme nous avons pu le constater le Seroquel à 150 mg est sédatif, effet secondaire dont se plaint l'assurée, entraînant quelques vertiges et une prise pondérale maintenant de 12 kg. Ceci ne fait bien entendu qu'accroître les problèmes dorso- lombaires.

- 12 - [...]

#### **E. 5.4**

APPRECIATION DE LA CAPACITE DE TRAVAIL SUR LE PLAN DE LA MEDECINE DES ASSURANCES Vu ce qui précède, on peut considérer que l'incapacité de travail est justifiée depuis avril 2015. Force est de constater que U. \_\_\_\_\_ n'a pas bénéficié d'un traitement dans les règles de l'art, ceci expliquant cela.

#### **E. 5.5**

REMARQUE Nous recommandons vivement que son traitement pharmacologique puisse être réévalué et examiner U. \_\_\_\_\_ au plus tard dans deux ou trois mois, car le risque de chronicisation paraît important. En effet, il semble exister aussi de nombreux bénéficiaires secondaires au statut de malade dans une activité apparemment peu qualifiée et gratifiante, peu rémunérée.

#### **E. 6**

REPONSE AUX QUESTIONS [...]

#### **E. 7**

Une reprise du travail est-elle exigible ? Cette situation est à réévaluer dans deux mois, après la mise en route des mesures médicales adaptées.

#### **E. 8**

Activité adaptée : si un changement de profession s'avère nécessaire quels critères médicaux doit satisfaire l'activité adaptée ? A priori pas indiqué. L'assurée pourra reprendre son activité antérieure une fois son état psychique stabilisé ». Dans un questionnaire signé le 26 novembre 2015, le médecin-conseil de l'assurance a estimé que les conclusions des Drs H. \_\_\_\_\_ et X. \_\_\_\_\_ emportaient la conviction, soulignant qu'il existait une bonne concordance entre les deux expertises. Il a retenu qu'il n'existait pas d'incapacité de travail jusqu'à fin mars 2015, puis une incapacité de travail dès avril 2015. Il a également mentionné qu'il ne fallait pas considérer la modification durable de la personnalité. Par décision sur opposition du 2 décembre 2015, F. \_\_\_\_\_ Assurance Maladie SA a rejeté l'opposition de l'assurée et confirmé sa décision du 16 avril 2015. Se basant sur les conclusions des Drs X. \_\_\_\_\_ et H. \_\_\_\_\_, dont elle a estimé que les rapports étaient probants, elle a en substance retenu que l'incapacité de travail de l'assurée était fondée, selon un degré de vraisemblance prépondérante, depuis la réception de la décision du 16 avril 2015, soit le 18 avril 2015, et jusqu'à trois mois après

- 13 - la mise en place du traitement adapté recommandé par le Dr H. \_\_\_\_\_. Elle a en outre souligné que l'intéressée n'avait pas donné suite dans le délai imparti à sa communication du 16 avril 2015 relative à son droit au libre passage, de sorte qu'elle ne bénéficiait plus de l'assurance d'une indemnité journalière au-delà du 31 mars 2015, de sorte qu'aucune prestation ne pouvait être accordée. B. Par acte du 13 janvier 2016, U. \_\_\_\_\_, représentée par Me Mathilde Bessonnet, a recouru contre la décision sur opposition précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à la réforme de la décision litigieuse en ce sens que les indemnités journalières sont octroyées dès le 27 octobre 2014 et subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimée pour complément d'instruction. Elle sollicite la suspension de la procédure jusqu'au 31 mars 2016 afin d'être en mesure de recueillir l'avis de ses médecins traitants s'agissant des conclusions des experts mandatés par l'assurance et se réserve le droit de requérir la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. Sur le fond, elle allègue en substance que son état de santé entraîne une incapacité de travail totale lui ouvrant le droit au versement d'indemnités journalières à compter du 27 octobre 2014. Elle sollicite en outre le bénéfice de l'assistance judiciaire et la désignation de Me Mathilde Bessonnet en qualité de conseil d'office. Par décision du 21 janvier 2016, la juge instructeur a accordé à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 14 janvier 2016 dans la mesure de l'exonération d'avances et des frais judiciaires et de l'assistance d'un avocat d'office en la personne de Me Bessonnet, ainsi qu'à l'exonération

de toute franchise mensuelle. Donnant suite au délai qui lui a été imparti par la Cour de céans, la recourante a produit, le 4 mai 2016, une copie du rapport établi le 28 avril 2016 par le Dr S.\_\_\_\_\_, dont la teneur est la suivante : « 1. Après avoir pris connaissances des rapports des Drs H.\_\_\_\_\_ et X.\_\_\_\_\_, maintenez-vous votre diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère

- 14 - avec symptômes psychotiques ; modification durable de la personnalité après une période de catastrophes avec pour conséquence une incapacité de travail à 100%, à compter du 27 octobre 2014 ? Oui, je maintiens mes diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode sévère avec symptômes psychotiques ainsi que modification durable de la personnalité après expérience de guerre. Par conséquent, je soutiens une incapacité de travail à 100 % depuis le 27 octobre 2014. De plus, je soutiens le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme retenu par le Dr X.\_\_\_\_\_, qui en soit justifierait l'incapacité de travail à 100 % depuis le 27 octobre 2014. Le tableau décrit par mon confrère souligne d'importantes limitations, chez U.\_\_\_\_\_, à exercer certaines tâches au quotidien jusqu'à rendre difficile ses déplacements et sa mobilisation générale. U.\_\_\_\_\_ montre par ailleurs peu de ressources psychiques pouvant lui permettre de surmonter les difficultés décrites ci-dessus. Le fait que ce diagnostic est accompagné d'autres comorbidités psychiatriques (mes diagnostics) signe un pronostic défavorable. Vu la chronicité des symptômes dans le cadre d'un trouble somatoforme douloureux, nous pouvons soupçonner qu'il s'agit d'un état psychique cristallisé, U.\_\_\_\_\_ manifestant une perte de l'intégration sociale. On constate également l'échec des traitements conforme aux règles de l'art effectués jusqu'à l'heure actuelle. 2. En ce de réponse positive, pouvez-vous expliquer les raisons objectives pour lesquelles votre avis s'écarte des autres diagnostics posé[s] par les Drs H.\_\_\_\_\_ et X.\_\_\_\_\_ ainsi que la date de début d'incapacité de travail qu'ils ont retenue ? Je conteste le diagnostic du Dr X.\_\_\_\_\_ d'épisode dépressif léger, ce qui ne correspond pas à la description des symptômes apparaissant dans son rapport. Le tableau correspond à un épisode dépressif sévère selon les critères diagnostics de la Classification Internationale des Troubles Mentaux (CIM-10). Selon le Dr X.\_\_\_\_\_, U.\_\_\_\_\_ ne présentait pas d'idées noires lorsqu'il l'a rencontrée, alors que dans le cadre de mon suivi, U.\_\_\_\_\_ tient régulièrement un discours pessimiste et sombre par rapport à l'avenir, pouvant parfois évoquer des idées suicidaires passives avec une envie de mourir afin d'arrêter ses souffrances. Je retiens encore la présence, chez U.\_\_\_\_\_ des symptômes psychotiques de type idées de persécution : elle peut se sentir régulièrement poursuivie et surveillée, notamment par son ex-patron. De plus, en ce qui concerne des symptômes psychotiques, le Dr X.\_\_\_\_\_ évoque dans son rapport que U.\_\_\_\_\_ dit entendre plusieurs voix qui communiquent entre elles par de[s] sons bizarres, ce que l'on pourrait interpréter comme des hallucinations auditives. La lecture du rapport du Dr X.\_\_\_\_\_ fait penser que le confrère ne donne pas de crédit au récit de U.\_\_\_\_\_. Il exclut délibérément la description que U.\_\_\_\_\_ fait de son état, aux dépens de ce qui a été observé au status lors de leur rencontre. Par ailleurs, un seul entretien me semble insuffisant afin d'évaluer de manière juste l'état d'un patient ainsi que sa capacité de travail. Le Dr X.\_\_\_\_\_ reconnaît que le recueil des

- 15 - informations demeure incomplet, en raison des difficultés de la patiente « à donner des indications précises » avec par ailleurs « des réponses à côté », étant « certains items difficiles à évaluer » pour lui, comme par exemple la concentration et la mémoire. Ces caractéristiques démontrent en plus du grave état psychique de U.\_\_\_\_\_, qu'il est

difficile d'imaginer qu'une personne dans un tel état pourrait travailler. En outre, il apparaît que l'impression subjective de l'investigateur prime sur le reste (vécu subjectif de la patiente, avis du médecin traitant). Cela est évident lorsque le Dr X. \_\_\_\_\_ remarque que hors situation d'investigation, il aurait vu sourire U. \_\_\_\_\_ dans la rue. Cela me paraît une manière très réductrice d'approcher la souffrance psychique et les incapacités qui en découlent. Le recueil des symptômes ainsi que l'évaluation du status à partir du récit de U. \_\_\_\_\_ pourrai[en]t être en plus biaisés car l'interprète présent lors de cette investigation, ne maîtrisait pas complètement la langue de U. \_\_\_\_\_. A mon avis, la modification durable de la personnalité entrave également la capacité de travail, du fait que cette modification signe une chronification symptomatique avec fluctuation des symptômes anxieux et dépressifs, des symptômes physiques à composante psychogène (céphalées, chute de cheveux, perte sporadique de la voix, douleurs ostéoarticulaires et autres) ainsi que des symptômes de type « état de stress post- traumatique ». Ce tableau fluctuant entrave les capacités de U. \_\_\_\_\_ en général, y compris dans la sphère professionnelle. La preuve en est la persistance d'angoisses liées au vécu persécutoire lorsqu'elle exerçait son travail, plus le fait de fréquentes périodes d'incapacité de travail pour des raisons somatiques dont on n'excluait pas la psychogénicité. L'accident survenu en 2010 paraît raviver le traumatisme psychique du passé, le contexte professionnel recréant, d'une certaine manière, une situation d'abus. Concernant l'avis du Dr H. \_\_\_\_\_ lors de l'évaluation de U. \_\_\_\_\_ du 24 août 2015, des diagnostics retenus par mon confrère, je retiens la présence d'un épisode dépressif moyen à sévère, que je cataloguerais de plutôt sévère, par rapport au recueil des symptômes effectués dans cette investigation, encore sur la base de la CIM-10. En ce qui concerne l'évolution de la maladie décrite par le Dr H. \_\_\_\_\_, selon mon observation, l'état de U. \_\_\_\_\_ est resté relativement inchangé depuis le début de la prise en charge, avec certes des pics symptomatiques (où la question des hospitalisations volontaires en milieu psychiatrique s'est souvent posée). Ceci-dit, la symptomatologie en août 2015 était plus ou moins la même qu'en janvier 2015 lorsqu'elle a été vue par le Dr X. \_\_\_\_\_. Enfin, je suis d'accord avec le Dr H. \_\_\_\_\_ par rapport à l'incapacité de travail à 100 % de U. \_\_\_\_\_. Je me permets par contre de clarifier certains détails en ce qui concerne les

- 16 - raisons données par le Dr H. \_\_\_\_\_ afin d'expliquer cette incapacité et l'état de la patiente. Depuis le début de la prise en charge, la prescription médicamenteuse a été un domaine très difficile à gérer. U. \_\_\_\_\_ présente régulièrement d'importants effets indésirables lorsqu'on débute une médication, ne supportant pas en plus les augmentations des médicaments. Depuis septembre 2015, malgré les difficultés de tolérance aux psychotropes de U. \_\_\_\_\_, on a procédé à des modifications dans sa médication, en suivant les propositions faites par le Dr H. \_\_\_\_\_ dans son rapport, tout[e] en prenant beaucoup de précaution lors des titrages médicamenteux. Des taux sanguins des médicaments ont été régulièrement effectués. Actuellement elle bénéficie d'une médication suffisante, selon les règles de l'art, cependant son état reste inchangé. Des prochaines modifications dans sa médication ne sont pas exclues, en suivant les guidelines, ce qui est en discussion avec U. \_\_\_\_\_. J'aimerais juste préciser que la persistance des troubles chez U. \_\_\_\_\_ peut s'expliquer en partie par un contexte social, financier et as[séc]urologique qui demeure très compliqué, avec l'arrêt des prestations de l'assurance, le licenciement, les différentes expertises ainsi que l'actuelle procédure. Cette situation n'aide guère à soigner U. \_\_\_\_\_ dans des bonnes conditions, prolongeant les soins et augmentant les ressources à mettre à disposition. Enfin, il est illusoire d'imaginer qu'un

traitement médicamenteux pourrait faire que U. \_\_\_\_\_ se sente mieux dans le contexte actuel. Le soutien psychothérapeutique que j'offre à la patiente l'aide à supporter sa situation, qui est décrite par elle-même comme « de survie ». 3. De manière plus spécifique, partagez-vous les conclusions de l'expertise psychiatrique du 27 octobre 2015 rendues par le Dr H. \_\_\_\_\_ et celles du 16 février 2015 rendues par le Dr X. \_\_\_\_\_? Je ne partage pas les conclusions de l'expertise du Dr X. \_\_\_\_\_. Je partage en partie les conclusions de l'expertise du Dr H. \_\_\_\_\_. 4. De votre point de vue, une nouvelle expertise psychiatrique pourrait-elle être utile ? Oui, il me semble qu'une expertise psychiatrique serait utile, de préférence réalisée par un expert impartial, tant de la part des assurances que des intervenants qui s'occupent de U. \_\_\_\_\_ ». Persistant dans ses conclusions, elle requiert expressément à titre subsidiaire la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. Dans sa réponse du 11 mai 2016, l'intimée conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision litigieuse. Se basant sur le

- 17 - rapport d'expertise des Drs X. \_\_\_\_\_ et H. \_\_\_\_\_, elle soutient que la recourante dispose d'une capacité de travail totale à compter du mois de novembre 2014 ou, à tout le moins, à compter du mois d'avril 2015. Elle fait en outre valoir qu'il n'y a pas lieu de tenir compte du rapport médical du Dr S. \_\_\_\_\_ du 28 avril 2016 dans la mesure où il a été établi pour les seuls besoins de la cause et que les rapports du médecin traitant ne permettent pas de remettre en cause les conclusions motivées du Dr H. \_\_\_\_\_. Partant, la recourante n'a pas démontré qu'elle se trouvait en incapacité de travail dès le 27 octobre 2014. S'agissant enfin du versement de prestations à compter du mois d'avril 2015, l'intimée relève que la recourante n'était plus couverte pour la perte de gain à cette date, son contrat de travail ayant pris fin le 31 mars 2015 et qu'elle n'a pas donné suite à la possibilité de suivi de sa couverture d'assurance à l'expiration de son contrat de travail. Par réplique du 24 octobre 2016, la recourante confirme ses conclusions et réitère sa réquisition tendant à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. Dans sa duplique du 11 novembre 2016, l'intimée maintient en substance ses conclusions et s'oppose à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, qu'elle juge inappropriée.

- 18 - E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-maladie, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAMal [loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 832.10]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une partie au moment du dépôt du recours (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA) et doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que des conclusions (art. 61 let. b LPGA). En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile compte tenu notamment des fêtes hivernales (art. 38 al. 3 et 4 LPGA, applicable par renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA) – auprès du tribunal compétent, de sorte qu'il est recevable. b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD). 2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points

tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 ; ATF 125 V 413 consid. 2c ; ATF 110 V 48 consid. 4a).

- 19 - b) En l'espèce est litigieuse le droit de la recourante à des indemnités journalières pour perte de gain de la part de F.\_\_\_\_\_ Assurance Maladie SA dès le 27 octobre 2014. 3. a) A teneur de l'art. 67 LAMal, toute personne domiciliée en Suisse ou qui y exerce une activité lucrative, âgée de quinze ans révolus, mais qui n'a pas atteint 65 ans, peut conclure une assurance d'indemnités journalières avec un assureur (al. 1). L'assurance d'indemnités journalières peut être conclue sous la forme d'une assurance collective, notamment par des employeurs pour leurs travailleurs (al. 3 let. a). Selon l'art. 71 LAMal, lorsqu'un assuré sort de l'assurance collective parce qu'il cesse d'appartenir au cercle des assurés défini par le contrat ou parce que le contrat est résilié, il a le droit de passer dans l'assurance individuelle de l'assureur (al. 1) ; l'assureur doit faire en sorte que l'assuré soit renseigné par écrit sur son droit de passage dans l'assurance individuelle. S'il omet de le faire, l'assuré reste dans l'assurance collective. L'assuré doit faire valoir son droit de passage dans les trois mois qui suivent la réception de la communication (al. 2). Aux termes de l'art. 72 al. 2 LAMal, le droit aux indemnités journalières prend naissance lorsque l'assuré a une capacité de travail réduite au moins de moitié. Dans le cas d'espèce, l'art. 13 al. 1 des conditions générales de l'assurance collective d'une indemnité journalière selon la LAMal, faisant partie intégrante du contrat d'assurance, stipule que l'indemnité journalière est allouée en cas d'incapacité de travail à partir de 25%. Dans l'assurance facultative d'indemnité journalière en cas de maladie, la notion d'incapacité de travail correspond à celle définie à l'art. 6 LPGa (auquel renvoie l'art. 72 al. 2 LAMal). Selon cette disposition, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le

- 20 - travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. Selon la jurisprudence, le degré de l'incapacité de travail doit être fixé sur la base de la profession exercée jusqu'alors, aussi longtemps qu'on ne peut raisonnablement exiger de l'assuré qu'il mette à profit sa capacité de travail résiduelle dans une autre branche professionnelle (obligation de diminuer le dommage ; ATF 129 V 460 consid. 4.2 ; ATF 114 V 281 consid. 1d). Ce principe a été codifié à l'art. 6, 2e phrase, LPGa, qui prévoit qu'en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité raisonnablement exigible peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. Dans l'hypothèse où un assuré, en vertu de l'obligation de diminuer le dommage, doit s'astreindre à changer de profession, la caisse doit l'avertir à ce propos et lui accorder un délai adéquat – pendant lequel l'indemnité journalière versée jusqu'à présent est due – pour s'adapter aux nouvelles conditions ainsi que pour trouver un emploi (RAMA 2000 KV 112 p. 122 consid. 3a ; cf. aussi art. 21 al. 4 LPGa). Dans la pratique, un délai de trois à cinq mois imparti dès l'avertissement de la caisse doit en règle générale être considéré comme adéquat (ATF 133 III 527 consid. 3.2.1 ; TF 9C\_546/2007 du 28 août 2008 consid. 3.4). b) Selon le principe inquisitoire, qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (art 43 al.1 LPGa). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à

l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 9C\_88/2013 du 4 septembre 2013 consid. 4.1.2). Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes, pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans

- 21 - quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4 ; ATF 115 V 133 consid. 2 ; ATF 114 V 310 consid. 3c et ATF 105 V 156 consid. 1 ; TF 8C\_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4). Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, 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 (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a avec la référence citée ; cf. également TF 9C\_236/2015 du 2 décembre 2015 consid. 4). S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge prendra en considération le fait que ces derniers peuvent être enclins, en cas de doute, à prendre parti pour leur patient en raison de la relation de confiance qui les unissent à celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). c) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit

- 22 - renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C\_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid.

4.4.1.4 et 4.4.1.5). 4. a) En l'espèce, se fondant sur les conclusions des expertises psychiatriques réalisées par le Drs X. \_\_\_\_\_ et H. \_\_\_\_\_, l'intimée a considéré que l'incapacité de travail de la recourante pouvait être reconnue à compter du 18 avril 2015 seulement et ce, pour une durée de trois mois. F. \_\_\_\_\_ Assurance Maladie SA a également retenu que l'intéressée n'avait de ce fait pas droit aux indemnités journalières. En effet, les rapports de travail ont pris fin le 31 mars 2015 et aucune assurance individuelle n'a été conclue pour la période ultérieure. La recourante soutient quant à elle, en se basant notamment sur l'avis de son médecin traitant, le Dr S. \_\_\_\_\_, avoir été en incapacité de travail donnant droit au versement d'indemnités journalières dès le 27 octobre 2014.

- 23 - Après examen des pièces au dossier, il apparaît que les conclusions des Dr X. \_\_\_\_\_ et H. \_\_\_\_\_ sont contradictoires et qui plus est, incomplètes. En effet, dans son rapport d'expertise du 16 février 2015, le Dr X. \_\_\_\_\_ a conclu que les atteintes psychiatriques de la recourante – soit un syndrome douloureux somatoforme persistant, des troubles dépressifs récurrents, un épisode léger sans syndrome somatique et de possible modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe – n'avaient aucune répercussion sur la capacité de travail de l'intéressée. Il a en effet retenu que l'attitude régressive dont souffre l'assurée ne rentre pas dans le cadre d'une affection psychiatrique pouvant occasionner une incapacité de travail, ne retenant ainsi aucune limitation fonctionnelle et attestant une capacité de travail entière, sans diminution de rendement, dès le 16 février 2015. Dans son rapport d'expertise du 10 septembre 2015, le Dr H. \_\_\_\_\_ a pour sa part retenu les diagnostics d'épisode dépressif majeur récurrent, actuellement moyens à sévère avec somatisations et de possible modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe et considérés qu'ils avaient une répercussion sur la capacité de travail de la recourante. Si le Dr H. \_\_\_\_\_ relève que la recourante présente une évolution d'état dépressif probablement dans un contexte professionnel depuis le printemps 2014, il souligne qu'il paraît probable que l'arrêt du versement des prestations de l'assurance, intervenu en avril 2015, ait débouché sur un sentiment de préjudice qui existait déjà vis-à-vis de son ex-employeur, avec pour conséquence une aggravation de la symptomatologie anxio-dépressive. Pour cette raison, l'expert H. \_\_\_\_\_ retient que l'incapacité de travail est justifiée à compter d'avril 2015, date correspondant à la cessation du versement des indemnités journalières par l'intimée. Ce spécialiste considère également que l'incapacité de travail doit être mise en corrélation avec l'absence de traitement anti-dépresseur adéquat, de sorte qu'il se justifierait de retenir que l'assurée est à nouveau capable de travailler quelques mois après la mise en place d'un traitement médicamenteux approprié.

- 24 - Il découle de ce qui précède que les deux spécialistes ayant expertisé la recourante arrivent à des conclusions différentes. En outre, ni le Dr X. \_\_\_\_\_, ni le Dr H. \_\_\_\_\_ ne s'est prononcé sur l'évolution de la capacité de travail de l'intéressée pour la totalité de la période litigieuse et notamment à compter du 27 octobre 2014. Or les médecins traitants de la recourante, soit les Drs K. \_\_\_\_\_ et S. \_\_\_\_\_ attestent tous deux d'une incapacité de travail totale depuis octobre 2014. Le Dr S. \_\_\_\_\_ expose à cet égard dans ses différents rapports médicaux les raisons qui le poussent à retenir une telle incapacité à compter de l'automne 2014. Les explications fournies par le médecin traitant permettent de remettre en cause les conclusions des spécialistes qui ne se sont pas clairement prononcés sur cette question. Pourtant, et nonobstant l'existence des rapports médicaux probants du Dr S. \_\_\_\_\_, l'intimée a refusé tout droit aux prestations, en se basant sur l'absence de

preuves pour justifier l'incapacité de travail à compter d'octobre 2014. b) Compte tenu de ce qui précède, les éléments au dossier ne sont pas suffisamment concordants pour permettre à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. L'intimée s'est en effet prononcée sur la base d'un dossier incomplet et comportant des contradictions, en s'abstenant de procéder à des mesures d'instruction en vue de trancher objectivement les avis médicaux discordants au dossier et d'analyser la question de l'incapacité de travail de la recourante dès le mois d'octobre 2014. Dès lors que la décision litigieuse s'appuie exclusivement sur l'appréciation des Drs X. \_\_\_\_\_ et H. \_\_\_\_\_ et que l'avis du Dr S. \_\_\_\_\_, auquel on peut également attribuer un caractère probant, laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité, la pertinence et le caractère complet de ces appréciations, il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'intimée – à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LGPA –, cette solution apparaissant comme la plus opportune. Il appartiendra dès lors à l'intimée de mettre en œuvre une expertise médicale au sens de l'art. 44 LPGA sur le plan psychiatrique laquelle déterminera la capacité de travail de la recourante à compter du

- 25 - 27 octobre 2014. Cela fait, il lui incombera ensuite de rendre une nouvelle décision statuant sur les prétentions de la recourante. 5. Cela étant, le recours doit également être admis pour un autre motif. Dans son expertise du 16 février 2015, le Dr X. \_\_\_\_\_ pose le diagnostic de trouble somatoforme douloureux – rejoignant sur ce point l'avis du Dr S. \_\_\_\_\_ – sans répercussion sur la capacité de travail de la recourante. Dans un arrêt récent de principe publié aux ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence relative à l'appréciation des effets des troubles somatoformes et des autres affections psychosomatiques comparables sur la capacité de travail. Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'un catalogue d'indicateurs (ATF 141 V 281 consid. 4). En l'occurrence, le Dr X. \_\_\_\_\_ a nié le caractère invalidant du trouble douloureux en prenant position quant aux anciens critères jurisprudentiels (ATF 130 V 352), contrairement à ce que celui-ci soutient dans sa correspondance du 12 juin 2015. Cette évaluation ne peut cependant pas être suivie au regard de la nouvelle jurisprudence, au motif que l'expertise ne permet pas une appréciation de l'état de santé de la recourante à la lumière des exigences relatives au diagnostic et des indicateurs déterminants (cf. ATF 141 V 281 consid. 2, 4 et 8). En page 9 de l'expertise, le Dr X. \_\_\_\_\_ fait état d'un trouble somatoforme douloureux, mais n'a pas donné d'indications sur le degré de gravité inhérent à ce diagnostic, ni ne s'est prononcé sur les éléments requis par la Classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10) pour conclure à cette pathologie (ATF 141 V 281 consid. 2.1), quand bien même le diagnostic a été posé, en tant que tel, à la lumière de la CIM-10 en référence au chiffre F45 (« Troubles somatoformes »).

- 26 - Il n'est pas possible non plus de déterminer l'interaction entre l'état dépressif majeur récurrent (alors de gravité légère) mis en évidence par l'expert et le trouble douloureux qu'il a diagnostiqué, des indications sur le développement et la structure de la personnalité de l'intimée (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2) faisant défaut. Toutefois, selon la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral, il convient de réunir sous un seul indicateur les anciens critères de la « comorbidité psychiatrique » et des « affections corporelles concomitantes »

et, cela étant, de procéder à une approche globale des interactions et autres liens du trouble douloureux avec tous les autres troubles concomitants qui ont valeur de maladie (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3) – ce que l’expert a négligé. Il manque également dans son appréciation l’évaluation des ressources personnelles de l’assurée au regard d’éventuelles limitations des niveaux d’activité dans les domaines comparables de la vie (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Au vu de ce qui précède, force est de constater que l’expertise du Dr X.\_\_\_\_\_ ne satisfait pas aux exigences jurisprudentielles définies par le Tribunal fédéral. Dès lors, faute d’un caractère probant, elle ne permet pas de se prononcer en connaissance de cause sur l’état de santé psychique de la recourante. Les faits pertinents n’ont pas été constatés de manière satisfaisante, que ce soit sous l’angle de l’état de santé de la recourante dans sa globalité ou des conséquences de cet état de santé sur sa capacité de travail résiduelle. Il apparaît plus particulièrement que l’instruction doit être complétée afin que la pertinence du diagnostic de trouble somatoforme douloureux ainsi que l’éventuel caractère invalidant de cette atteinte puissent être examinés au regard des nouveaux principes applicables en la matière. Il se justifie par conséquent d’ordonner le renvoi de la cause à l’assurance à qui il incombera de mettre en œuvre une expertise psychiatrique, étant ici expressément réservée la faculté d’y associer, le cas échéant, toute autre spécialité médicale jugée opportune par les experts.

- 27 - 6. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l’intimé pour complément d’instruction dans le sens des considérants, puis nouvelle décision. b) Il n’y a pas lieu de percevoir des frais de justice, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA). c) La recourante, qui obtient gain de cause en étant représentée par un mandataire professionnel, a droit à des dépens, dont le montant doit en l’espèce être arrêté à 2'500 fr. compte tenu de l’importance et de la complexité de la cause, lesquels seront mis à la charge de l’intimée, qui succombe (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). d) Lorsqu’une partie a été mise au bénéfice de l’assistance judiciaire, une équitable indemnité au conseil juridique désigné d’office pour la procédure est supportée par le canton (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l’art. 18 al. 5 LPA-VD). Le défenseur d’office a droit au remboursement de ses débours et à un défraiement équitable, qui est fixé en considération de l’importance de la cause, de ses difficultés, de l’ampleur du travail et du temps qu’il y a consacré ; le juge apprécie l’étendue des opérations nécessaires pour la conduite du procès et applique un tarif horaire de 180 fr. s’agissant d’un avocat (art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l’assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]). En l’occurrence, le montant des dépens arrêté ci-dessus correspond au moins à ce qui aurait été alloué au titre de l’assistance judiciaire. Partant, il n’y a pas lieu de fixer plus précisément l’indemnité d’office du conseil du recourant.

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