

VD_GERICHTE ZN07.017056 vom 21. März 2013

VD Tribunal cantonal, 2013-03-21, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZN07.017056

FR: VD_GERICHTE ZN07.017056 du 21 mars 2013

IT: VD_GERICHTE ZN07.017056 del 21 marzo 2013

Erwägungen

E. 1

A.H. _____ (ci-après: l'assuré), né le [...] 1951 et décédé le [...] 2008, a été engagé le 1er août 2004 par la société [...] en qualité de vendeur sur banque (magasinier) pour un salaire mensuel brut de 6'000 fr., versé treize fois l'an. Il a été licencié le 26 avril 2006 avec effet au 30 juin 2006. La société précitée a conclu avec la société I. _____ (ci-après: la société d'assurance) un contrat d'assurance-maladie collective prévoyant notamment le versement, à l'ensemble du personnel, d'une indemnité journalière en cas de maladie correspondant au 80% du salaire assuré au maximum pendant 730 jours dès le 31e jour de maladie.

- 4 - Du 6 janvier au 3 février 2006, l'assuré a été hospitalisé au Centre de psychiatrie du Nord vaudois en raison d'un état dépressif avec idées suicidaires. Il a ensuite été suivi par la Dresse G. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et en psychothérapie. Dès le 6 janvier 2006, l'assuré a présenté une incapacité de travail à 100% attestée par des certificats médicaux de la Dresse G. _____. Le 14 janvier 2006, l'assuré a déposé une demande de prestations AI pour adultes. A compter du 5 février 2006, soit après un délai d'attente de trente jours, l'assuré s'est vu allouer des indemnités journalières par la société d'assurance. Dans un document libellé "certificat médical initial" daté du 6 mars 2006 et destiné à la société d'assurance, la Dresse G. _____ a indiqué qu'elle avait diagnostiqué chez l'assuré un état dépressif sévère, se manifestant sous la forme de tristesse, de fatigue et d'idées suicidaires et donnant lieu à une incapacité de travail totale d'une durée indéterminée à compter du 6 janvier 2006. Dans un rapport établi le 20 mars 2006 à l'attention de la Dresse G. _____, la Dresse [...] et le Dr [...], respectivement cheffe de clinique et chef de clinique adjoint au Centre de psychiatrie du Nord vaudois, ont indiqué que l'assuré avait été hospitalisé en raison d'un état dépressif avec idées suicidaires. Ils ont diagnostiqué un épisode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques, une spondylarthropathie psoriasique et une hypertension artérielle (HTA). Dans un certificat médical daté du même jour, le Dr L. _____, spécialiste FMH en médecine physique et rhumatologie, a indiqué qu'il suivait régulièrement l'assuré sur le plan interne (contrôles réguliers de l'état clinique, paramètres biologiques, etc.) et sur le plan rhumatologique

- 5 - pour une polyarthrite psoriasique nécessitant un lourd traitement de fond. Le médecin a exposé que, sur le plan rhumatologique, la situation de son patient s'était cliniquement aggravée au cours de ces trois dernières années, toute activité professionnelle nécessitant des ports de charges, même légères, et/ou des positions statiques assis, debout ou en porte-à-faux, prolongées était médicalement contre-indiquée. Il a mentionné qu'à la suite d'une récente décompensation psychologique avec épisode dépressif sévère, le patient avait été hospitalisé un mois et était suivi par une psychiatre et une psychologue. Dans une lettre du 28 mars 2006, la Dresse G. _____ a déclaré qu'elle avait pris en charge l'assuré le 6 janvier 2006 alors qu'il présentait une aggravation d'un état dépressif sur un mode suicidaire

évoluant depuis juin 2005 dans le contexte de difficultés professionnelles et d'une polyarthrite psoriasique douloureuse. Elle a exposé qu'après une hospitalisation d'un mois, elle poursuivait la prise en charge de ce patient à son cabinet et qu'un traitement antidépresseur et anxiolytique associé à une thérapie comportementale et cognitive avait été mis en place, car il continuait de présenter des symptômes dépressifs (tristesse, fatigue, épuisement, ruminations) et anxieux (faible tolérance au stress, inquiétude). Elle a indiqué que les différentes pathologies somatiques lourdes dont il souffrait (HTA, polyarthrite) et les traitements corticoïdes subis antérieurement pouvaient expliquer, dans le contexte d'événements stressants anciens et actuels (familiaux et professionnels), sa vulnérabilité et son évolution psychique et ne laissaient pas envisager une amélioration suffisante permettant une reprise de travail. Dans un rapport médical du 19 mai 2006 à l'attention de l'Office AI, le Dr L. _____ a énuméré les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail, à savoir une spondylarthrite psoriasique axiale et périphérique aggravée actuellement en poussée, un syndrome métabolique avec hypertension, une hyperlipémie, une hyperglycémie, un excès pondéral et un état dépressif sévère. Il a indiqué que l'incapacité de travail de l'intéressé était totale depuis janvier 2006 et de durée indéterminée en tant que magasinier responsable. Il a relevé que

- 6 - l'état de santé de l'assuré s'aggravait et qu'il était bien trop tôt pour se prononcer sur sa capacité de travailler tant que la pathologie rhumatologique était en voie d'aggravation et que l'épisode dépressif sévère n'était pas stabilisé. Il a encore indiqué que le travail de magasinier retrouvé l'année précédente par l'assuré n'était pas adapté sur le plan rhumatologique et que celui-ci ne se sentait pas capable de reprendre une activité régulière pour l'instant, précisant que, sur le plan strictement rhumatologique, la situation s'était nettement péjorée. Dans un rapport médical du 22 mai 2006 à l'attention de l'Office AI, la Dresse G. _____ a retenu comme diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail l'état dépressif récurrent, le deuil pathologique, la personnalité mixte (dépendante et anxieuse) et la spondylarthrite psoriasique. Elle a déclaré que l'état de santé de l'assuré était stationnaire et dit que sa capacité de travail ne pouvait être améliorée par des mesures médicales et qu'aucunes mesures professionnelles n'étaient indiquées. En se fondant sur des consultations entre le 6 janvier 2006 et le 22 mai 2006, le médecin a constaté que le patient était essoufflé, fatigué, qu'il faisait des efforts constants pour répondre et se concentrer, qu'il était triste, apathique, angoissé, en recherche sans cesse de position antalgique, très émotif, abattu, au bord des larmes à l'évocation de la mort de son premier enfant, dont le deuil n'était pas encore fait. Le 8 août 2006, la Dresse G. _____ a renseigné la société d'assurance en lui indiquant que le diagnostic justifiant l'arrêt de travail de l'assuré était un état dépressif aux idées suicidaires sur pathologies somatiques, que la maladie évoluait dans le sens d'une stabilisation et d'une persistance d'anxiété, de fatigue et de trouble de la concentration, qu'il n'y avait pas d'amélioration suffisante pour permettre une reprise de travail, qu'elle ne pensait pas que son patient allait récupérer une capacité de travail dans sa profession à moyen terme ni qu'il existait une capacité de travail résiduelle dans un autre emploi et qu'une demande AI était en cours.

- 7 - L'incapacité de travail de l'assuré se poursuivant, I. _____ a confié la réalisation d'une expertise au Dr T. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Le médecin précité a rencontré l'assuré pour un entretien psychiatrique le 10 octobre 2006 et s'est entretenu par téléphone avec le Dr L. _____ et la Dresse G. _____ respectivement les 13 et 16 octobre 2006. Dans son rapport daté du 10 octobre 2006, le Dr

T._____ a retenu les diagnostics de trouble de l'adaptation (réaction dépressive prolongée) et de trouble somatoforme indifférencié. Il a indiqué que le mécanisme qui avait déclenché les troubles était une dépression liée à des problèmes familiaux et professionnels et a répondu à la question de savoir dans quelle mesure l'assuré n'était plus capable d'exercer son activité habituelle de la façon suivante: "L'assuré est surtout déconditionné et peu motivé. Il semble que le travail soit devenu très difficile dans le milieu des garages, ce qui est fréquemment évoqué par les patients. Or, l'assuré a déjà un certain âge et il se peut tout simplement qu'il ne supporte pas un tel stress, notamment car il est un peu plus fatigable du fait de son apnée du sommeil, d'une part ; et car il a des symptômes rhumatologiques, d'autre part. L'incapacité de travail est notamment motivée par des problèmes socioéconomiques parce que ce patient a très peur de ne pas retrouver un travail adapté." Le médecin a ensuite indiqué que vu l'amélioration symptomatologique, on pouvait envisager une reprise du travail à 50% lorsque l'assuré en serait averti par le médecin-conseil puis à 100% trois semaines plus tard. Il a terminé son rapport en formulant les remarques suivantes: "Etant donné que c'est une maladie chronique, que le travail dans un garage nécessite une très bonne santé, on peut tout de même prévoir un changement d'activité professionnelle, voire des mesures d'aide au placement car il est probable qu'il ne puisse plus travailler dans un environnement très stressant. Lui-même, du reste, préfère travailler 8 heures comme il le faisait chez [...] mais pas de manière démesurément stressante.

- 8 - Aussi on pourrait envisager qu'il présente l'incapacité de travail actuelle comme pouvant être due à un motif de santé; qu'il aurait démissionné de [...] ou qu'il se serait fait licencier pour motif de santé; ce qui est moins désavantageux pour lui lorsqu'il arrivera au chômage. D'un autre côté, les praticiens peuvent demander que son nouvel emploi soit « ...adapté » c'est-à-dire avec peu de stress." Le 4 décembre 2006, la société d'assurance a informé l'assuré que, suivant l'avis du Dr T._____, elle verserait ses prestations à raison de 50% jusqu'à la fin du mois de décembre 2006 et cesserait définitivement tout versement à compter du 1er janvier 2007. Le 13 décembre 2006, l'assuré s'est opposé au prononcé de l'assurance, en faisant valoir, d'une part, que son état de santé ne s'était pas amélioré de la manière dont semblait le décrire le Dr T._____ et, d'autre part, que son état de santé, son âge et la situation du marché du travail rendaient tout à fait illusoire l'hypothèse d'une reprise de l'activité lucrative. Dans un rapport médical du 19 décembre 2006 à l'attention de l'Office AI, le Dr L._____ a indiqué que l'état de santé de l'assuré s'était aggravé et qu'il y avait eu des changements dans les diagnostics, la spondylarthrite ayant nettement pris l'expression périphérique. Il a retenu comme diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de son patient une maladie rhumatisme à expression périphérique, laquelle limitait nettement les ports de charges et les mouvements répétitifs avec les membres supérieurs, et une atteinte dégénérative du rachis et de déconditionnement entravant les mouvements répétitifs du dos et du tronc, les positions assises ou debout prolongées, l'accroupissement complet ainsi que le port de charges. Par courrier adressé le 12 janvier 2007 au conseil de l'assuré, le Dr L._____ a exposé ce qui suit: "Au chapitre somatisation, notre confrère [le Dr T._____] s'estime toujours « dubitatif quant à la nature organique de ses plaintes puisque le trouble somatique est présent de longue date et n'a jamais empêché le patient de travailler ». Je serais moins dubitatif puisque je puis

- 9 - affirmer que M. A.H._____ présente certes une affection rhumatismale inflammatoire (spondylarthropathie psoriasique touchant essentiellement les extrémités)

mais également des lombalgies chroniques (douleurs lombaires) d'origine dégénérative (= arthrose lombaire, connue pour pouvoir être douloureuse suivant les situations). Les lombalgies étant la cible préférentielle de l'expression des somatisations, un raccourci saisissant est toujours facilement effectuable, pour ma part je pense qu'il y a là également un substrat organique, peut-être majoré par une fragilisation et un état de déconditionnement personnel et musculaire. Par ailleurs, comme vous le savez peut-être, j'ai effectué diverses investigations de médecine interne, dont, des prises de sang ayant mis en évidence un excès de graisse, une évaluation cardiologique exhaustive n'ayant heureusement pas mis en évidence d'atteinte myocardique (muscle cardiaque) afin de pouvoir expliquer l'état de fatigue persistant de notre patient. Je rejoins là assez l'expert, à savoir que le syndrome des apnées du sommeil peut expliquer en tout cas partie de son état de fatigue, si l'on ne retient aucune cause intra- psychique. Il existe également un « déconditionnement global », tant musculaire que lié à un excès pondéral, associé à une dyspnée (essoufflement), celle-ci n'est donc pas d'origine cardiaque pure. J'ai également insisté auprès de M. A.H._____ pour qu'il reprenne une activité physique comme du vélo d'appartement et de la marche, je crois savoir que le patient va dans ce sens-là progressivement. Je terminerais en précisant que j'ai effectué récemment un bilan osseux sous forme de radiographies et d'une scintigraphie osseuse, cette dernière confirme une atteinte des extrémités (mains et pieds) concernant la spondylarthrite inflammatoire, une arthrose des genoux et une petite atteinte arthrosique du bas du dos. Ces substrats anatomiques peuvent expliquer des douleurs, je vous l'accorde, actuellement de gravité modérée. Je reste dubitatif, moi également, plutôt quant à l'évolution future. Ce patient que je connais depuis de nombreuses années s'est progressivement décompensé, étiole sur le plan personnel, bien que non psychiatre, je le trouve toujours avec des traits de manque d'entrain, de fatigue voire de dépression légère comme le confirme l'expert psychiatre. Nous aurons une entrevue « en réseau » avec sa psychiatre et sa psychologue prochainement, nous tacherons [sic] de faire le point quant à la situation future de M. A.H._____, pour des raisons, cette fois extra-rhumatologiques, la reprise d'un travail à temps complet me paraît difficilement réalisable, par contre, sur le plan strictement rhumatologique, toute activité nécessitant ports de charges excessifs, longues stations assise-débout, déplacements fréquents, etc est médicalement contre-indiquée." Par courrier du 31 janvier 2007 à l'attention du conseil de l'assuré, la Dresse G. _____ a exposé que la difficulté de son patient à reprendre une activité était liée à la présence de douleurs articulaires chroniques, à une dyspnée associée à une surcharge pondérale et à une hypotrophie musculaire dorsale limitant sa mobilité, que le moindre

- 10 - déplacement nécessitait un effort surhumain pour le patient qui, sur le plan psychiatrique, présentait encore des signes persistants dépressifs, que cette fragilité associée à une personnalité dépendante et anxieuse rendait difficile toute confrontation à une nouvelle situation, à des déplacements et à la moindre mobilisation et que cet état psychique entravait les tentatives de régime et de mobilisation à domicile, le patient ayant du mal à se prendre en charge. Elle a relevé que, concernant le rapport du Dr T._____, il ne s'agissait pas d'un trouble de l'adaptation mais d'un état dépressif chronique sur des troubles de la personnalité mixte, que les télangiectasies (rougeur du visage) n'étaient pas liées à l'alcool, comme le prétendait le médecin prénommé, mais à des antécédents de corticothérapie dans le cadre d'un traitement rhumatologique, et que la correction de l'apnée du sommeil ne serait pas suffisante pour améliorer significativement l'état psychique du patient. Dans un rapport médical daté du 5 février 2007 à l'attention de l'Office AI, la

Dresse G._____ a énuméré les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail, soit une dépression chronique, des apnées du sommeil sur personnalité mixte dépendante et anxieuse avec antécédent de deuil pathologique. Elle a relevé que l'évolution de l'état de santé de l'assuré sur le plan psychiatrique restait stationnaire malgré un traitement antidépresseur. Dans un avis daté du 28 février 2007, le Dr T._____ a examiné les points de vue exprimés par les médecins traitants de l'assuré et a pleinement confirmé le contenu de son expertise. Le 27 avril 2007, le Dr L._____ a indiqué qu'en dehors de la problématique rhumatologique stricte, le patient lui avait paru extrêmement épuisé, affecté par la lourde maladie et le traitement de son épouse et qu'il continuait son traitement antidépresseur et sa prise en charge psychothérapeutique. Le médecin a déclaré qu'en résumé, l'assuré restait dans un état général précaire et peu inquiétant et a rappelé pour la forme qu'il avait dû, ces derniers mois, s'occuper intensément de son

- 11 - épouse chez qui on avait diagnostiqué une tumeur cérébrale et qui venait de subir trente séances de radiothérapie. Dans un courrier du 19 novembre 2007 à l'attention du conseil de l'assuré, le Dr L._____ a répondu par la négative à la question de savoir si son diagnostic avait évolué, l'assuré présentant les mêmes symptômes sur le plan rhumatologique, une hypertension juste jugulée et, sans se prononcer avec précision sur l'affection psychiatrique, un état dépressif récurrent, préalablement important et actuellement de degré moyen, bien évidemment aggravé par le récent décès de son épouse. Dans un courrier du 5 décembre 2007 à l'attention du conseil de l'assuré, la Dresse G._____ a confirmé les diagnostics posés dans son précédent rapport du 31 janvier 2007 et a déclaré que, depuis ce dernier rapport, la situation ne s'était pas améliorée, d'autant moins que le patient avait été confronté et fortement ébranlé par le décès fulgurant de son épouse. Le médecin a indiqué que la passation de différentes échelles d'évaluation avait confirmé son appréciation clinique et celle de Mme [...], psychologue. Il a exposé ce qui suit: "Les résultats à la CIM-10, liste de contrôle des symptômes, confirment la présence de : 1) Etat dépressif chronique ou dysthymie (code 34.1) (avec 8 symptômes sur 11). 2) Troubles de la personnalité. En ce qui nous concerne sur 2 ans de suivi, nous avons relevé 3 troubles de personnalité présents: - Anankastique F60.5 (critères A + 7 critères B sur 8) pour référence, 4 critères B sont nécessaires. - Anxieuse F60.6 (critères A + 5 critères B sur 6) pour référence 4 critères B sont nécessaires. - Dépendante F60.7 (critères A + 5 critères B sur 6) pour référence 4 critères B sont nécessaires. 3) Troubles somatoformes. - F45.4 syndrome douloureux somatoforme persistant. - F45.3 dysfonctionnement neurovégétatif somatoforme avec 10 symptômes dont 5 en B et 5 en C." Dans leur rapport d'expertise du 11 mars 2008, les Drs [...], interniste, [...], psychiatre, et [...], neurologue, ont formulé les considérations suivantes:

- 12 - "CONSULTATIONS SPÉCIALISÉES Consultation de psychiatrie du 26.11.2007 (Dr H. [...]) [...] Discussion L'examen et l'anamnèse permettent de poser le diagnostic d'épisode dépressif sévère, ce trouble étant certainement aggravé depuis le décès de l'épouse mais probablement présent auparavant comme l'attestent les médecins psychiatres et autres qui s'occupent de M. A.H._____. Le suivi psychiatrique, en place depuis janvier 2006, est mené lege artis et comprend, psychothérapie de soutien et psychopharmacologie. Le traitement psychiatrique empêche une évolution maligne de l'état dépressif mais ne permet pas d'amender celui-ci qui reste sévère et qui entraîne actuellement une incapacité pratiquement totale de travailler. Il conviendrait de réévaluer la situation d'ici 1 à 2 ans. [...]

DIAGNOSTICS Diagnostics avec influence essentielle sur la capacité de travail - Episode

dépressif sévère F32.2 - Spondylarthrose lombaire M47.28 - Polyarthrite psoriasique sous traitement d'anti-TNF alpha M07.0 Diagnostics sans influence essentielle sur la capacité de travail - Psoriasis cutané L40.0 - Hypertension artérielle I10 - Obésité E66.9 - Hypercholestérolémie E78.0 - Syndrome des apnées du sommeil G47.3 APPRECIATION DU CAS M. A.H. _____, 56 ans, veuf, père de 3 enfants, mécanicien-autos de formation, est atteint d'une arthrite psoriasique et d'une dépression. L'épisode dépressif de janvier 2006, sévère, a motivé l'arrêt de sa dernière activité professionnelle comme vendeur de pneus. Alors qu'il était en arrêt maladie, il a été licencié, le 30 juin 2006. Par la suite, M. A.H. _____ sera couvert par l'assurance perte de gain jusqu'à décembre 2006. En octobre de la même année, une expertise psychiatrique (par le Dr T. _____) avait conclu à une pleine capacité de travail, depuis janvier 2007. Depuis, l'état dépressif de M. A.H. _____ n'a cessé de s'aggraver. La découverte d'un cancer cérébral chez son épouse, en début 2007, a contribué à aggraver son état thymique. Pour prodiguer des soins toujours plus importants à son épouse, il a renoncé à rechercher du travail. Son épouse est malheureusement décédée en juin 2007. L'arthrite psoriasique dont il souffre est à l'origine de douleurs importantes, surtout aux pieds, aux articulations des poignets et des

- 13 - doigts. Ses douleurs semblent s'aggraver lorsque des stress psychologiques importants apparaissent. Lors de notre examen physique, l'expertisé est en bon état général, soigné de sa personne, obèse (classe I), se plaignant surtout d'une immense tristesse à laquelle il réagit uniquement pour le bien de ses enfants, et de douleurs articulaires (lombaires, mains et pieds), en aggravation. Du point de vue neurologique, le status est entièrement normal. Une somnolence diurne persistante, dont se plaint l'expertisé, est à mettre sur le compte d'un syndrome des apnées du sommeil, qui est, selon les dires de l'expertisé, en amélioration depuis l'utilisation d'une prothèse d'avancement mandibulaire. Le score d'Epworth de 8/24, à la limite supérieure de la norme, ainsi que l'examen polysomnographique effectué par le Dr [...] indiquent une sévérité moyenne. Du point de vue neurologique seul, il n'y a donc aucune limitation de la capacité de travail. Notre expert rhumatologue constate que les chevilles sont douloureuses à la palpation, sans chaleur locale, les avant-pieds sont également douloureux à la mobilisation sans limitation fonctionnelle significative. Le bilan radiologique est peu spécifique. Cependant, le diagnostic n'est pas en cause, les observations de son rhumatologue traitant étant entièrement compatibles avec cette pathologie. En effet, le traitement suivi par l'expertisé actuellement peut être responsable de l'absence de signes inflammatoires dans les examens complémentaires. Au vu de la nature insidieuse du rhumatisme psoriasique, l'évolution ne peut être prévue avec précision. En effet, les facteurs tels que le stress peuvent jouer un rôle modulateur et accélérer le décours de la maladie, ou en favoriser les poussées. Il est donc possible que la difficile situation psycho-sociale de M. A.H. _____ soit à l'origine de la péjoration de la symptomatologie douloureuse dont il se plaint depuis le décès de l'épouse. Le traitement est par ailleurs conduit lege artis. L'expertisé se plaint aussi de douleurs lombaires en barre, chroniques et récidivantes, connues depuis 36 ans, et ayant motivé la dispense du service militaire. La clinique ainsi que les examens radiologiques sont négatifs pour une sacroiléite (sans cependant l'exclure complètement), et ne documentent pas de limitation fonctionnelle. On observe par contre des signes dégénératifs de spondylarthrose en L3-L4, L4-L5 et L5-S1. Les douleurs lombaires chez cet expertisé ne sont donc pas clairement en relation avec son arthrite psoriasique. Au vu de ce qui précède, il n'est pas exigible que l'expertisé exerce des travaux de force, des travaux où il est exposé à des vibrations corporelles, au froid, au vent, des activités en flexion antérieure du tronc, les

mouvements en porte-à-faux, le maintien de positions statiques prolongé soit assises, debout ou en piétinement bipodal, les activités de levage régulier de poids et le travail à la chaîne avec rendement imposé. Du point de vue rhumatologique seul, la capacité de travail n'est a priori pas limitée de manière durable, dans la mesure où il exercerait une activité idéale tenant compte des limitations ci-dessus. Nous signalons tout de même que, à l'occasion des poussées, des

- 14 - incapacités de travail peuvent subvenir de façon imprévisible tant sur le plan de leur durée que de leur sévérité. Ces limitations fonctionnelles peuvent être considérées comme définitives. Sur le plan psychiatrique, nous constatons une évolution dans le sens négatif de la symptomatologie dépressive de l'expertisé, durant cette dernière année, par rapport aux précédentes évaluations. En effet, la maladie et le décès de son épouse ont engendré une importante déstabilisation de son humeur, avec un état anxieux important. La coloration de son discours est très sombre et angoissée. L'expertisé se plaint en effet de tristesse, et d'une perte d'espoir et de sens. Éloigné de tout contact social, sa plus grande préoccupation est celle de pouvoir s'occuper correctement de ses enfants, et il donne l'impression de lutter, uniquement pour eux, contre un désir d'abandon au désespoir. En effet, les idées suicidaires, bien que présentes, ne sont pas proches du passage à l'acte. Dans son anamnèse, nous pouvons relever qu'une importante fragilité thymique semble toujours avoir été présente. Les difficultés majeures vécues dans son parcours de vie, notamment l'échec de son premier mariage, le décès de son fils, le placement de sa mère en EMS, ont été perçus comme des événements qu'il a failli à prévenir. L'image de son père, un modèle de droiture et de force, semble dominer son sentiment global d'insuffisance. L'état dépressif actuel nous apparaît être actuellement incompatible avec toute activité professionnelle suivie. Cette incapacité de travail n'est néanmoins pas à considérer comme définitive ; son état thymique est susceptible d'amélioration et il serait raisonnable de réévaluer la situation dans une ou deux années. La notion anamnétique d'une participation à la vie de sa commune (Bussigny sur Oron) comme municipal ne remet pas en cause l'appréciation ci-dessus dans la mesure où la charge de travail effectuée dans cette activité reste a priori faible et ne peut que contribuer à le valoriser sur le plan narcissique. Il faut noter que cette situation psychiatrique sévère subsiste, et s'est développée en dépit d'un suivi spécifique leger artis, tant clinique que pharmacologique. Lors de notre examen, M. A.H. _____ présentait des tensions artérielles très élevées. Nous proposons au médecin traitant de reconstrôler ces valeurs et d'adapter le cas échéant le traitement anti-hypertenseur. Une perte pondérale resterait bien évidemment souhaitable dans une visée de prévention cardiovasculaire.

REPNSES AUX QUESTIONS Degré de la capacité de travail résiduelle en % d'activité lucrative exercée (ou des travaux habituels pour les ménagères) avant la survenue de l'atteinte à la santé ? Dans une activité à forte contrainte mécanique, comme exercée auparavant, 0 %. Dans une activité aux limitations rhumatologiques, pas supérieure à un faible taux qui n'excède pas 30 % pour les raisons psychiatriques exposées ci-dessus. A quelle date la capacité de travail a-t-elle subi une réduction de 25 % au moins ? Janvier 2006

- 15 - Comment le degré de capacité de travail a-t-il évolué depuis lors ? Une probable amélioration de l'état thymique s'est suivie à l'hospitalisation et à la prise en charge psychothérapeutique. Suite au décès de son épouse, le tableau s'est encore aggravé. Parallèlement, l'expertisé ressent une exacerbation de ses douleurs chroniques dans le cadre de l'arthrite psoriasique. Pronostic (de la capacité de travail)? Du point de vue

rhumatologique, stable, avec possibles transitoires diminutions de la CT lors des poussées. Du point de vue psychiatrique, après avoir dépassé le deuil, et stabilisé sa situation familiale, une amélioration significative est possible." Par décision du 16 octobre 2009, l'Office AI a alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité pour la période courant du 1er janvier 2007 au 31 août 2008, fondée sur un degré d'invalidité de 100 %.

E. 2

a) L'appel peut être formé pour violation du droit ou pour constatation inexacte des faits (art. 310 CPC). L'autorité d'appel peut revoir l'ensemble du droit applicable, y compris les questions d'opportunité ou d'appréciation laissées par la loi à la décision du juge et doit, le cas échéant, appliquer le droit d'office conformément au principe général de l'art. 57 CPC (Jeandin, CPC commenté, Bâle 2011, nn. 2 ss ad art. 310 CPC). Elle peut revoir librement l'appréciation des faits sur la base des preuves administrées en première instance (Jeandin, op. cit., n. 6 ad art. 310 CPC). b) Les faits et moyens de preuve nouveaux ne sont pris en compte que s'ils sont invoqués ou produits sans retard et ne pouvaient être invoqués ou produits devant la première instance, bien que la partie

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

E. 3

a) Les appelants reprochent aux premiers juges d'avoir considéré que la situation de feu A.H. _____ s'était améliorée au second semestre de l'année 2006 et qu'il était à la fin de cette année en mesure de reprendre une activité lucrative à plein temps. Ils font valoir que les premiers juges se sont fondés sur le seul rapport d'expertise du Dr T. _____ daté du 10 octobre 2006, rapport qui, contrairement à leur point de vue, est sujet à caution dès lors qu'il a été établi sur la base d'un seul entretien de l'intéressé, dont on ignore au demeurant la durée, que les observations du médecin étaient ambiguës, celui-ci affirmant qu'une reprise de travail était envisageable, tout en préconisant un changement d'activité professionnelle compte tenu de la maladie chronique de l'expertisé, et que l'appréciation de ce médecin entraînait en contradiction avec les observations des médecins traitants de feu A.H. _____, qui, à fin mai 2006, n'envisageaient pas une amélioration

- 19 - de son état de santé. Ils relèvent également une claire contradiction entre le diagnostic du Dr T. _____, d'une part, et les rapports ultérieurs du 19 décembre 2006 et du 31 janvier 2007 des médecins traitants, d'autre part, qui confirment leurs précédentes constatations et observent même une aggravation. Ils invoquent encore une attestation de la Dresse G. _____ du 5 décembre 2007, confirmant son diagnostic du 31 janvier 2007, les

observations du Dr L. _____ du 15 novembre 2007, constatant la persistance de douleurs et l'absence de changement de situation, et le rapport d'expertise pluridisciplinaire du 11 mars 2008, dans lequel les spécialistes parvenaient aux mêmes observations que les deux médecins prénommés. b/aa) D'après les Conditions générales (CG) pour l'assurance-maladie collective d'I. _____, il y a incapacité de travail lorsque la personne assurée est incapable, totalement ou partiellement, d'exercer sa profession ou une autre activité lucrative que l'on peut raisonnablement attendre d'elle (art. 4 ch. 1 CG). La couverture d'assurance débute le jour où l'employé entre en service (art. 8 ch. 1 CG) et prend fin, pour toutes les prestations assurées pour lui, notamment, par la fin des rapports de travail (art. 9 ch. 1 let. c CG). La personne assurée a le droit de continuer de bénéficier de la couverture d'assurance à titre d'assurance individuelle (art. 18 CG) lorsque la couverture d'assurance cesse en vertu des motifs indiqués au ch. 1 let. c (art. 9 ch. 2 let. a CG). Dans les cas relevant de l'art. 9 ch. 1 let. c CG, la société d'assurance ne verse l'indemnité journalière que pour les maladies provoquant une incapacité de travail au moment de la fin de la protection d'assurance. Cette extension de la durée des prestations est accordée dans de tels cas jusqu'à l'expiration de la durée de prestations prévue dans le contrat, mais au plus tard jusqu'au début d'une rente LPP. Toutefois, l'octroi de cette extension est soumis à la condition que l'incapacité de travail persiste de manière ininterrompue en étant due à la même cause et en atteignant le même degré que précédemment (art. 10 ch. 1 par. 1 CG). bb) Les assurances complémentaires pratiquées par les caisses-maladie en plus de l'assurance-maladie sociale relèvent du droit

- 20 - privé. Elles sont régies par la législation civile fédérale, notamment par la LCA (loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance, RS 221.229.1), et non par la législation de droit public sur l'assurance-maladie sociale (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie [LAMal], RS 832.10; cf. art. 12 al. 3 LAMal). La procédure est régie par le CPC, lequel soumet les litiges portant sur des assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale à la procédure simplifiée (art. 243 al. 2 let. f CPC qui a remplacé au 1er janvier 2011 l'art. 85 al. 2 LSA [loi fédérale du 17 décembre 2004 sur la surveillance des entreprises d'assurance, RS 961.01]). S'agissant de l'appréciation des preuves et en particulier des rapports médicaux, on peut se référer à la jurisprudence des cours sociales du Tribunal fédéral. Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 c. 5b; ATF 125 V 193 c. 2 et les références citées; TF 8C_657/2009 du 15 novembre 2010 c. 4.1; TF 8C_24/2010 du 27 décembre 2010 c. 2; TF 8C_1034/2010 du 22 décembre 2010 c. 4.2; TF 8C_704/2007 du 9 avril 2008 c. 2). La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 c. 4; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 c. 4.2; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 c. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 c. 4; ATF 115 V 133 c. 2; ATF 114 V 310 c. 2c; ATF 105 V 156 c. 1). Pour conférer une pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des

examens

- 21 - complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 c. 5.1; ATF 125 V 351 c. 3a et la référence citée; TF 9C_22/2011 du 16 mai 2011 c. 5; TF 9C_745/2010 du 30 mars 2011 c. 3.1). L'appréciation de la situation médicale d'un assuré ne se résume pas à trancher, sur la base de critères formels, la question de savoir quel est parmi les rapports médicaux versés au dossier, celui qui remplit au mieux les critères jurisprudentiels en matière de valeur probante. La valeur probante d'une expertise dans une discipline médicale particulière dépend également du point de savoir si l'expert dispose d'une formation spécialisée dans le domaine concerné. L'administration et les tribunaux devant pouvoir se reposer sur les connaissances spécialisées de l'expert, cela suppose des connaissances correspondantes bien établies de la part de l'auteur du rapport médical ou à tout le moins du médecin qui le vise (TF 9C_547/2010 du 26 janvier 2011 c. 2.2; TF 8C_420/2010 du 27 octobre 2010 c. 4.3; TF 8C_65/2010 du 6 septembre 2010 c. 3.1; TF 9C_53/2009 du 29 mai 2009 c. 4.2 et les arrêts cités). Un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. De même, le simple fait qu'un certificat est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. Cependant, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidentiels privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 cd. 3b/cc et les références

- 22 - citées; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 c. 3.2; TF 9C_91/2008 du 30 septembre 2008). c) En l'espèce, se fondant sur le rapport d'expertise du 10 octobre 2006 rendu par le Dr T._____, lequel faisait état d'une amélioration symptomatologique de la situation psychologique de feu A.H._____ autorisant une reprise du travail à 50 puis à 100%, les premiers juges ont constaté que la situation de ce dernier avait évolué de manière favorable au cours du second semestre 2006 et qu'il était en mesure, à la fin de cette année, de reprendre une activité lucrative à plein temps. Ils ont en particulier considéré que rien au dossier ne permettait de remettre en cause le fait que l'assuré avait présenté une période de pleine capacité de travail à la charnière des années 2006 et 2007. Ce point de vue ne saurait être confirmé. En effet, dès son hospitalisation, début janvier 2006, les médecins traitants de feu A.H._____ ont considéré, de manière constante, que son état rendait impossible la reprise du travail. D'emblée, la Dresse G._____ a attesté de l'incapacité de travail totale du prénommé pour une durée indéterminée – mais d'au moins une année – (cf. certificat médical du 7 février 2006 et certificat médical initial du 6 mars 2006 à l'attention respectivement de l'employeur et de l'intimée) en raison d'un état dépressif sévère et a discuté d'une éventuelle prise en charge par l'assurance-invalidité avec son patient, qui a déposé une demande de prestations AI pour adultes le 14 janvier 2006. Le 28 mars 2006, ce médecin a attesté que les différentes pathologies somatiques dont souffrait son patient

(HTA et polyarthrite) et les traitements corticoïdes subis antérieurement pouvaient expliquer, dans le contexte d'événements stressants anciens et actuels (familiaux et professionnels), sa vulnérabilité et son évolution psychique et ne laissaient pas envisager une amélioration suffisante autorisant une reprise du travail. Dans un rapport à l'Office AI du 22 mai 2006, la Dresse G. _____ a exposé que l'incapacité de travail était de 100%, que l'état de l'intéressé était stationnaire, que la capacité de travail ne pouvait être améliorée par des mesures médicales et qu'aucunes mesures professionnelles n'étaient

- 23 - indiquées. Le 8 août 2006, elle a indiqué à l'intimée que le diagnostic de l'affection justifiant l'arrêt de travail de l'assuré était un état dépressif avec idées suicidaires sur pathologie somatique, que la maladie était stable avec une persistance d'anxiété, de fatigue et de trouble de la concentration, qu'il n'y avait pas d'amélioration suffisante pour permettre une reprise de travail et qu'elle ne pensait pas que son patient retrouverait une capacité de travail dans sa profession à moyen terme. Pour sa part, le 20 mars 2006, le Dr L. _____ a constaté une aggravation clinique au cours des trois dernières années sur le plan rhumatologique et a relevé qu'une récente décompensation psychologique avec épisode dépressif sévère avait nécessité une hospitalisation d'un mois puis un suivi psychiatrique. Dans un rapport médical du 19 mai 2006 destiné à l'Office AI (cf. rapport d'expertise PMU du 11 mars 2008, p. 4), ce médecin a exposé que l'incapacité de travail de son patient, qui avait débuté en janvier 2006, était de durée indéterminée en tant que magasinier responsable, que son état de santé s'aggravait et que, s'agissant de sa capacité de travail, il était prématuré de se prononcer tant que la pathologie rhumatologique était en voie d'aggravation et que l'épisode dépressif sévère n'était pas stabilisé. Au regard de ce qui précède, on constate que jusqu'en août 2006, feu A.H. _____ était incapable de travailler à 100 %, son état de santé étant stationnaire, sur le plan psychique, et s'aggravant d'un point de vue rhumatologique. Les mêmes diagnostics, à savoir un état dépressif sévère, une spondylarthrite psoriasique et une HTA, ressortent tant du rapport de sortie rédigé le 20 mars 2006 par les médecins du Centre de Psychiatrie du Nord Vaudois, les Drs [...] et [...], que des rapports médicaux à l'attention de l'Office AI rédigés le 19 mai 2006 par le Dr L. _____ (cf. rapport d'expertise PMU du 11 mars 2008, p. 4) et le 22 mai suivant par le Dr G. _____, tous deux indiquant qu'il s'agissait de diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'intéressé.

- 24 - Les rapports médicaux ultérieurs, excepté celui rendu le 10 octobre 2006 par le Dr T. _____, ne laissent pas apparaître d'amélioration de la situation de feu A.H. _____ entre la fin de l'année 2006 et le début de l'année 2007. Dans son rapport médical à l'attention de l'Office AI du 19 décembre 2006 (cf. rapport d'expertise PMU du 11 mars 2008, pp. 4 s.), le Dr L. _____ a indiqué que l'état de santé du prénommé s'était aggravé. Le 12 janvier 2007, ce médecin a déclaré qu'il restait dubitatif quant à l'évolution de son patient, celui-ci s'étant progressivement décompensé et étiolé sur le plan personnel, et a précisé que si, de manière générale, la reprise d'un travail à temps complet lui paraissait difficilement réalisable, sur le plan rhumatologique, toute activité nécessitant des ports de charges excessifs, des longues stations assis/debout et des déplacements fréquents était médicalement contre- indiquée. Le 31 janvier 2007, la Dresse G. _____ a constaté que la difficulté pour son patient à reprendre une activité était à mettre en relation avec la présence de douleurs articulaires chroniques, une dyspnée liée à une surcharge pondérale et une hypertrophie musculaire dorsale limitant sa mobilité. Elle a précisé que le moindre déplacement nécessitait un effort surhumain pour le patient qui, sur le plan psychiatrique,

présentait encore des signes persistants dépressifs et que cette fragilité associée à une personnalité dépendante et anxieuse rendait difficile toute confrontation à une nouvelle situation, à des déplacements et à la moindre mobilisation. Dans son rapport à l'Office AI du 5 février 2007 (cf. rapport d'expertise PMU du 11 mars 2008, p. 5), la Dresse G. _____ a indiqué que les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail étaient la dépression chronique, les apnées du sommeil sur la personnalité mixte dépendante et anxieuse avec antécédent de deuil pathologique. Elle a relevé que l'évolution sur le plan psychiatrique restait stationnaire malgré un traitement antidépresseur. Force est ainsi de constater non seulement que, contrairement à l'opinion des premiers juges, les avis du médecin T. _____, d'une part, et ceux des médecins L. _____ et G. _____, d'autre part, divergent, les conclusions du premier étant remises en cause par les seconds, mais

- 25 - également que la situation de l'intéressé ne s'est pas améliorée à la charnière de l'année 2006-2007. A fin 2007, les deux médecins traitants ont expressément confirmé le diagnostic qu'ils avaient posé en début d'année. Les premiers juges ont encore considéré que le rapport d'expertise établi le 11 mars 2008 par les médecins de la PMU ne permettait pas de remettre en cause le fait que l'intéressé aurait retrouvé sa pleine capacité de travail à fin 2006. Ils soulignent notamment les constatations des experts selon lesquelles la santé de l'intéressé se serait péjorée suite à la découverte de la maladie puis du décès de son épouse (cf. jugement, p. 16). Il serait toutefois erroné d'en déduire que l'incapacité de travail de l'assuré ne serait survenue qu'à l'issue de l'annonce des problèmes de santé de son épouse. Plusieurs éléments du rapport d'expertise de mars 2008 permettent d'en douter. Il ressort en effet de la consultation de psychiatrie du 26 novembre 2007 que l'examen et l'anamnèse de l'expertisé permettaient de poser le diagnostic d'épisode dépressif sévère, ce trouble étant certainement aggravé depuis le décès de l'épouse, mais néanmoins probablement présent auparavant. Il est relevé que le traitement psychiatrique empêchait une évolution maligne de l'état dépressif mais ne permettait pas d'amender celui-ci qui restait sévère et qui entraînait actuellement une incapacité pratiquement totale de travailler (cf. rapport d'expertise PMU du 11 mars 2008, p. 14). Les diagnostics avec influence essentielle sur la capacité de travail posés dans ce rapport sont un épisode dépressif sévère, une spondylarthrose lombaire et une polyarthrite psoriasique sous traitement d'anti-TNF alpha. D'un point de vue rhumatologique, les experts ont constaté qu'il n'était pas exigible que l'intéressé exerce des travaux de force, des travaux où il est exposé à des vibrations corporelles, au froid, au vent, à des activités en flexion antérieure du tronc, à des mouvements en porte-à-faux, à un maintien de positions statiques prolongées assis/debout ou en piétinement bipodal, à des activités de levage régulier de poids et au travail à la chaîne avec rendement imposé, mais que, sous réserve de ces limitations et d'éventuelles poussées, sa capacité de travail n'était a priori pas limitée

- 26 - de manière durable. Sur le plan psychiatrique, les experts ont observé une évolution dans le sens négatif de la symptomatologie dépressive de l'expertisé, durant cette dernière année, par rapport aux précédentes évaluations. En effet, la maladie et le décès de son épouse avaient engendré une importante déstabilisation de son humeur avec un état anxieux important. Enfin, les experts ont conclu à une incapacité de travail totale, s'agissant d'une activité à forte contrainte mécanique, comme exercée auparavant, et à une capacité de travail n'excédant pas 30%, pour une activité adaptée aux limitations rhumatologiques compte tenu des observations psychiatriques, et ce dès janvier 2006. Sur le vu de ce qui précède, il y a lieu de considérer qu'en dehors du rapport d'expertise du 10 octobre 2006 du

Dr T. _____, l'ensemble des rapports médicaux produits parlent en faveur d'une incapacité de travail totale de feu A.H. _____ dès janvier 2006 résultant de l'imbrication de troubles psychiatriques et rhumatologiques, ces troubles ayant perduré et causant le même degré d'incapacité de travail. L'annonce des problèmes de santé de son épouse au début 2007 n'a pas entraîné une nouvelle atteinte à la santé du prénommé à l'origine de son incapacité de travail définitive, mais a uniquement contribué à péjorer sa situation. Partant, le moyen des appelants est bien fondé.

E. 4

a) En conclusion, l'appel doit être admis et le jugement réformé en ce sens que l'intimée est astreinte au versement des indemnités journalières fondées sur un degré d'incapacité de travail de 100% jusqu'au terme des prestations contractuelles, avec intérêt moratoire à 5% l'an dès le 15 juillet 2007. b) Conformément à l'art. 114 let. e CPC, il n'est pas perçu de frais judiciaires.

- 27 - c) L'intimée doit verser aux appelants, B.H. _____, C.H. _____ et D.H. _____, la somme de 5'000 fr. à titre de dépens de deuxième instance (art. 7 al. 1 TDC [tarif des dépens en matière civile du 23 novembre 2010]).

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