

## **VD\_GERICHTE ZN10.016322 vom 28. Oktober 2010**

VD Tribunal cantonal, 2010-10-28, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZN10.016322](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZN10.016322)

FR: VD\_GERICHTE ZN10.016322 du 28 octobre 2010

IT: VD\_GERICHTE ZN10.016322 del 28 ottobre 2010

### **Erwägungen**

#### **E. 22**

avril 2003, l'Office AI avait également refusé, par décision du 16 février 2005, l'octroi de toutes prestations au motif que la capacité de travail de l'assuré était totale depuis le 14 janvier 2002. En conséquence, elle a estimé que sa position ne prêtait pas le flanc à la critique. Le demandeur s'est déterminé sur le dossier AI le 12 décembre 2007 et a fait valoir que la décision sur opposition de l'Office AI du 17 mars 2006 avait fait l'objet d'un recours, le 24 avril 2006, se rapportant au surplus aux faits et à l'argumentation développée dans sa demande du 11 avril 2006, ainsi qu'à ses requêtes en complément d'instruction. D. Par jugement du 7 janvier 2008 (cause n° AI 67/06 – 153/2008), le Tribunal des assurances du canton de Vaud a confirmé la décision sur opposition rendue le 17 mars 2006 par l'Office AI, déniait à l'assuré le droit aux prestations de l'assurance-invalidité pour la période s'étendant du 18 avril 2001 au mois d'août 2005. Retenant l'existence d'un trouble somatoforme douloureux - ceci en écartant le diagnostic du Dr Q.\_\_\_\_\_ au profit des conclusions des Drs T.\_\_\_\_\_, C.\_\_\_\_\_, X.\_\_\_\_\_, W.\_\_\_\_\_, B.\_\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_\_ consultés dans le cadre de l'instruction du dossier d'invalidité - le tribunal a considéré que ce trouble ne satisfaisait pas aux critères de la jurisprudence autorisant à lui reconnaître un caractère invalidant. Ce jugement n'a pas fait l'objet d'un recours. E. Le 24 janvier 2008, le juge instructeur a invité chacune des parties à adresser au tribunal la liste des questions qu'elles entendaient

- 9 - poser aux médecins indiqués par le demandeur, précisant qu'en matière d'audition de médecins en qualité de témoins, la pratique du tribunal consistait à les inviter à répondre préalablement à un questionnaire écrit. Le 29 janvier 2008, la défenderesse a fait savoir qu'elle ne jugeait pas utile d'interroger les médecins dont le demandeur avait sollicité l'audition. A l'appui de sa position, elle soulignait en substance que l'instruction de la cause lui paraissait complète sur le plan médical, et qu'il était de surcroît très difficile d'établir a posteriori la situation qui avait été celle du demandeur quatre ans auparavant. Le 31 mars 2008, le demandeur a fait parvenir au tribunal la liste de questions qu'il souhaitait voir posées aux Drs T.\_\_\_\_\_ et X.\_\_\_\_\_. Répondant au questionnaire qui lui avait été transmis, le Dr T.\_\_\_\_\_ a indiqué ce qui suit, dans un courrier du 23 avril 2008: "(...) Je ne suis malheureusement pas en mesure de répondre aux questions qui me sont posées, n'ayant pas suivi en 2002 directement M. I.\_\_\_\_\_ et ayant quitté depuis le Département universitaire de psychiatrie D.\_\_\_\_\_. Monsieur I.\_\_\_\_\_ y est après renseignement toujours traité. Je vous invite donc à vous adresser à ma collègue en charge actuellement du dossier, la Dresse V.\_\_\_\_\_ (...)". Répondant également au questionnaire transmis, le Dr X.\_\_\_\_\_ a fait savoir ce qui suit, par courrier du 5 mai 2008: "(...) 1. Confirmez-vous le diagnostic posé dans votre rapport d'expertise du 6 janvier 2005? Réponse: Comme les documents que vous m'avez remis n'invoquent aucun fait nouveau intervenu depuis mon

examen de M. I. \_\_\_\_\_ les jeudi 15 juillet et lundi 30 août 2004, je maintiens les diagnostics que j'ai posés dans mon rapport d'expertise du 6 janvier 2005, soit trouble mixte de la personnalité (F61.0), trouble dépressif récurrent, épisode actuel, avec syndrome somatique (F33.11), syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) et syndrome de dépendance à la nicotine, utilisation continue (F17.25).

- 10 - 2. Comment justifiez-vous votre diagnostic au regard de celui émis par le Dr Q. \_\_\_\_\_ (diagnostic de troubles factices) dans son rapport du 10 janvier 2004? Réponse: Dans mon rapport d'expertise du 6 janvier 2005 en pages 5 et 6, j'ai tenté d'expliquer les raisons qui me faisaient rejeter le diagnostic de trouble factice. Le trouble factice, dans sa définition est une atteinte à la santé provoquée de manière volontaire par le patient. Or dans le cas présent, je ne vois pas par quel moyen l'expertisé pourrait provoquer les douleurs dont il se plaint. Il ne peut donc s'agir que d'une amplification des plaintes. Néanmoins, l'expertisé présente un comportement qui concorde avec ses plaintes même si les plaintes elles-mêmes ne concordent pas avec les signes cliniques. J'estime donc toujours que le diagnostic de trouble factice ne peut pas être retenu. 3. Confirmez-vous une incapacité de travail totale depuis le 18 avril 2001? Réponse: J'estime que cet expertisé n'est pas capable de travailler en raison de son atteinte à la santé, et cela depuis le 18 avril 2001. 4. Cette incapacité de travail est-elle due à la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée? Réponse: Cette question est exactement identique à la question 2.3. du premier complément au rapport d'expertise du 2 juillet 2007. Je copie donc ici la réponse que j'avais alors donnée: "Les troubles que présente l'expertisé ne peuvent s'expliquer que par la présence d'une comorbidité psychiatrique dont j'ai par ailleurs posé le diagnostic. Il y a un trouble dépressif aggravé par le syndrome douloureux somatoforme persistant et par le trouble mixte de la personnalité. L'ensemble de ces troubles dure depuis plusieurs années et est la cause de l'incapacité de travail". Je n'ai rien à ajouter à cette réponse. 5. Les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent-elles d'un processus d'exagération volontaire des symptômes? Réponse: Cette question répète les questions posées dans mon premier complément au rapport d'expertise du 2 juillet 2007, question 2.6, et dans mon deuxième complément au rapport d'expertise du 6 août 2007, question 2.2. Je reprendrai donc simplement ma réponse contenue dans mon deuxième complément au rapport d'expertise du 6 août 2007: "L'exagération est un processus conscient et volontaire. L'amplification est un processus inconscient et non volontaire. J'estime donc que l'incapacité de travail de l'expertisé est due à un processus maladif et non à une volonté déterminée de l'expertisé". Je n'ai rien d'autre à ajouter à cette réponse. J'espère avoir ainsi répondu à votre demande (...)" Les parties ont été invitées à se déterminer sur ces deux avis médicaux.

- 11 - Par écriture du 9 mai 2008, complétée le 16 mai suivant, la défenderesse a renoncé à interroger plus avant le Dr T. \_\_\_\_\_, respectivement à interpeller la Dresse V. \_\_\_\_\_, médecin traitant, dès lors que le litige tenait à des incapacités de travail antérieures au mandat thérapeutique qui lui avait été confié. Elle a fait observer que le Dr X. \_\_\_\_\_ avait confirmé le diagnostic posé dans son rapport du 6 janvier 2005, sans apporter d'élément nouveau propre à renverser les conclusions du Dr Q. \_\_\_\_\_ selon lequel il n'était pas possible de mettre en évidence une pathologie significative en rapport avec les douleurs, pas plus qu'une comorbidité psychiatrique. Elle a enfin relevé que les médecins qui avaient examiné l'intéressé avaient relevé certaines incohérences de comportement, de sorte que l'avis du Dr X. \_\_\_\_\_ ne pouvait s'avérer déterminant. Par acte du 29 mai 2008,

le demandeur a renoncé à poser des questions complémentaires au Dr T. \_\_\_\_\_ ainsi qu'à la Dresse V. \_\_\_\_\_. Il observe en revanche que le Dr X. \_\_\_\_\_ a confirmé le diagnostic de troubles somatoformes douloureux et motivé de manière convaincante ce diagnostic au regard de celui de trouble factice émis par le Dr Q. \_\_\_\_\_. La présence d'une comorbidité psychiatrique importante comme d'une incapacité de travail depuis le 18 avril 2001 devait donc être retenue. Une audience a été tenue le 23 avril 2009, après que l'instruction ait été reprise par un nouveau juge. F. Après avoir pris connaissance du dossier AI complet, la défenderesse a relevé, par écrit du 22 mai 2009, qu'une aggravation de l'état de santé de l'assuré avait été attestée par les Drs B. \_\_\_\_\_, chef de clinique adjoint, et H. \_\_\_\_\_, médecin assistant, du département de psychiatrie de l'Hôpital P. \_\_\_\_\_ dans un rapport du 22 septembre 2006, lesquels ont fait état, dès 2005, d'une aggravation sous la forme d'apparition de symptômes psychotiques (hallucinations auditives et délire de persécution) ayant nécessité une hospitalisation. L'Office AI avait dès lors reconnu le droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1er

- 12 - septembre 2006, soit à l'échéance du délai de carence d'une année. La défenderesse s'est en outre prévalu du jugement rendu le 7 janvier 2008 par le Tribunal des assurances du canton de Vaud, refusant tout droit aux prestations de l'assurance-invalidité faute d'incapacité de travail invalidante sur le plan psychique jusqu'au mois d'août 2005, mois correspondant à l'hospitalisation de l'assuré en milieu psychiatrique. Le demandeur a quant à lui confirmé ses conclusions par acte du 24 juin 2009, réitérant sa demande de mise en œuvre d'une expertise psychiatrique et d'audition du Dr C. \_\_\_\_\_. G. Par jugement du 22 décembre 2009 (cause n° AMC 12/06 – 12/2009), la juridiction de céans a retenu que I. \_\_\_\_\_ souffrait d'un trouble somatoforme douloureux, qui constituait une affection de nature psychique, et que cette maladie provoquait une incapacité de travailler. Elle a donc estimé que l'intéressé avait en principe droit à la somme de 72'386 fr. 80 avec intérêts à 5% l'an dès le 28 mars 2003. Elle a cependant considéré qu'il ne se justifiait pas de faire pleinement droit aux conclusions du demandeur et elle a ordonné le renvoi de la cause à l'assurance, afin que celle-ci fixe les modalités d'octroi des prestations dues en tenant compte des prestations qui, pour la période à indemniser, auraient été servies au demandeur par d'autres institutions ou assureurs sociaux, ceci en raison d'une clause de subsidiarité figurant dans les conditions générales d'assurance. Y. \_\_\_\_\_ Assurances a exercé un recours en matière civile au Tribunal fédéral contre ce jugement et, subsidiairement, un recours constitutionnel. Invoquant l'art. 29 al. 1 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération helvétique du 18 avril 1999, RS 101), elle soutient que l'autorité cantonale a commis un déni de justice formel en lui renvoyant la cause plutôt que de statuer elle-même sur les imputations éventuelles et sur la somme due entre les parties. Elle se plaint d'une constatation manifestement inexacte des faits (art. 97 al. 1 LTF [loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral, RS 173.110]), d'une appréciation arbitraire des preuves (art. 9 Cst.) et d'une violation des règles sur le fardeau de la preuve (art. 8 CC [code civil, RS 210]), critiquant en définitive la manière dont les

- 13 - preuves ont été appréciées pour parvenir à la conclusion que l'assuré souffrait d'une maladie entraînant une incapacité de travail. Elle a conclu à l'annulation de l'arrêt attaqué avec suite de frais et dépens, subsidiairement au renvoi de la cause à la juridiction de céans pour nouveau jugement. Le demandeur a conclu sommairement au rejet du recours avec suite de frais et dépens. Par arrêt du 29 avril 2010 (cause n° 4A\_39/2010), le Tribunal fédéral a admis le recours interjeté par Y. \_\_\_\_\_ Assurances contre le jugement précité,

a annulé celui-ci et renvoyé la cause à la juridiction de céans pour nouvelle décision. La Haute Cour a considéré que la cour cantonale avait clairement failli à son devoir, puisqu'elle n'avait pas statué sur la somme due entre les parties, réservant la possibilité de procéder à des imputations. Elle s'est finalement limitée à renvoyer à l'assureur le soin de rendre la décision définitive sur la somme due. Cette manière de se décharger sur une partie du fardeau de la décision à rendre constitue clairement, de la part de l'autorité cantonale, un déni de justice. En effet, dès lors que le demandeur concluait à une condamnation de sa partie adverse à lui payer une somme déterminée, il était en droit d'obtenir une décision exécutoire sur ce point, qu'il puisse faire valoir, le cas échéant, par la voie de l'exécution forcée. De la même manière, la partie défenderesse pouvait s'attendre à ce que le litige qui divise les parties soit tranché par une décision judiciaire définitive. Chacune des parties était donc en droit d'exiger du juge qu'il épuise sa compétence. H. L'instruction de la cause a été reprise. Le 25 mai 2010, le juge instructeur a prié le demandeur d'informer le tribunal, dans le détail, au sujet des ressources financières dont il a pu disposer de janvier 2002 à janvier 2004. Il était invité à produire toute pièce utile à cet égard.

- 14 - Le 25 août 2010, le demandeur a indiqué que la défenderesse avait versé, directement en mains de l'employeur, des indemnités journalières entre le 13 février 2002 et le 30 avril 2002, puis entre le 25 mai 2002 et le 2 juillet 2002. Or, comme il ne recevait pas les prestations qui lui étaient dues, le demandeur a été contraint de requérir, pour lui et sa famille, de l'aide auprès des services sociaux vaudois dès le 1er janvier 2003. Entre le 1er janvier 2003 et le 1er janvier 2004 (fin de la période litigieuse), un montant total de 30'168 fr. 65 lui a été versé pour son entretien, celui de sa femme et de leurs trois enfants. S'appuyant sur la législation cantonale applicable, le demandeur relève que cette aide est destinée à garantir le minimum vital. Elle est ainsi subsidiaire aux prestations des assurances sociales et aux autres prestations sociales, fédérales, cantonales, communales ou privées. Elle est notamment versée à titre d'avance remboursable sur des prestations d'assurances sociales ou privées. Elle ne peut en conséquence être considérée comme une prestation servie par un assureur social au sens de la lettre B4 des conditions générales d'assurance applicables en l'espèce. En effet, la personne qui a obtenu une aide financière est tenue au remboursement lorsque, notamment, des prestations d'assurances privées lui sont octroyées rétroactivement. En définitive, le demandeur soutient que c'est bien l'entier des prestations dues selon la couverture d'assurance contractuelle qui doit lui être versée dans la mesure où aucune prestation ne lui a été servie par d'autres institutions ou assureurs sociaux dans la période litigieuse. Il a produit le décompte des prestations versées par l'aide sociale pour la période litigieuse. Le 7 septembre 2010, la défenderesse a indiqué que les prestations des services sociaux devaient être considérées comme des prestations de substitution du salaire. Ainsi, comme l'indemnité journalière de la défenderesse constitue une prestation de dommage, substitutive au salaire, il y aurait lieu – si le demandeur avait droit à dites prestations, ce qui est contesté – de prendre en compte les prestations allouées par les services sociaux, faute de quoi, il y aurait surindemnisation. Sur le fond, elle soutient que le demandeur n'a pas apporté la preuve d'une incapacité de travail, de sorte qu'elle maintient le refus du droit aux prestations.

- 15 - Le 9 septembre 2010, le demandeur rappelle que les services sociaux ne peuvent en aucun cas être considérés comme un assureur social au même titre que l'Office AI, par exemple. En effet, les montants reçus de l'aide sociale vaudoise doivent être remboursés si le bénéficiaire se voit octroyer rétroactivement des prestations d'assurances privées. Il

ajoute qu'il serait aberrant qu'un assureur privé puisse retenir ses prestations, obligeant ainsi l'assuré démuné à s'adresser aux services sociaux, et ensuite invoquer la surindemnisation pour ne pas prester. En définitive, le demandeur réclame le versement de l'intégralité des prestations dues selon la couverture d'assurance contractuelle dans la mesure où aucune prestation ne lui a été servie par d'autres institutions ou assureurs sociaux durant la période litigieuse. Le 14 septembre 2010, le demandeur a souligné que les décomptes des services sociaux produits à l'appui de ses déterminations du 25 août 2010 couvraient la période s'étendant du 1er décembre 2001 au 31 janvier 2004, soit l'entier de la période litigieuse. Entre le 14 janvier 2002 (début de la période litigieuse) et le 31 décembre 2002, le demandeur indique n'avoir perçu aucune prestation des services sociaux. Ce n'est qu'entre le 1er janvier 2003 et le 31 janvier 2004 (fin de la période litigieuse au 13 janvier 2004) qu'il a perçu la somme de 30'168 fr. 65. Au-delà de cette période, soit dès le 31 janvier 2004, il a continué à recevoir périodiquement des prestations de l'aide sociale. Il n'a cependant pas jugé utile de produire les décomptes y afférents dès l'instant où le versement de ces prestations ne concerne plus la période litigieuse. Il précise enfin n'avoir jamais perçu d'indemnité de chômage dans la mesure où il n'est pas apte au travail. Le 21 septembre 2010, l'extrait du compte individuel AVS du demandeur a été produit. E n d r o i t :

- 16 - 1. Par arrêt du 29 avril 2010, le Tribunal fédéral a annulé le jugement de la juridiction de céans du 22 décembre 2009 et renvoyé la cause à dite instance pour nouveau jugement. 2. Le contrat d'assurance en cause n'est pas soumis à la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal, RS 832.10). S'agissant d'une assurance complémentaire au sens de l'art. 12 al. 2 LAMal, il est régi par le droit des assurances privées, soit par la loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance (LCA, RS 221.229.1; art. 12 al. 3 LAMal). Conformément à l'art. 1 DTAs-AM (Décret du 20 mai 1996 relatif à l'attribution au Tribunal cantonal des assurances de la compétence du contentieux des assurances complémentaires à l'assurance-maladie, RSV 173.431), le présent litige relève de la compétence dudit tribunal, respectivement de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui lui a succédé à compter du 1er janvier 2009. S'agissant désormais d'un contentieux de droit privé et non plus de droit administratif, la procédure en cette matière est régie non plus par les dispositions relatives au recours administratif mais par l'art. 85 LSA (loi fédérale du 17 décembre 2004 sur la surveillance des entreprises d'assurance, RS 961.01) ainsi que par les art. 106 ss LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36) concernant l'action de droit administratif (CASSO VD AMC 27/03 du 28 avril 2009). La valeur litigieuse étant supérieure à 30'000 fr., la cause, valablement introduite en la forme, ressortit à la compétence de la Cour constituée de trois juges (art. 94 al. 1 LPA-VD a contrario, par renvoi de l'art. 107 LPA-VD). 3. a) A la différence de la couverture des soins de l'assurance-maladie sociale, les assurances-maladie complémentaires ne sont pas

- 17 - régies exhaustivement par la loi ; elles relèvent, avec les restrictions propres au droit du contrat d'assurance régi par la LCA, du principe de la liberté contractuelle, qui implique non seulement la liberté de contracter ou de ne pas contracter, mais aussi d'aménager le contenu des rapports contractuels (Brulhart, Droit des assurances privées, Berne 2008, pp. 120 ss). Dans la pratique, les conditions d'assurance forment le contenu ordinaire et typique du contrat d'assurance; elles se subdivisent en conditions générales (art. 3 al. 1 LCA) et en conditions particulières, lesquelles font partie intégrante du contrat (Brulhart, loc. cit.). En l'espèce, la lettre C9 CGA prévoit expressément que la LCA s'applique en complément aux

dispositions du contrat d'assurance, respectivement de ses conditions générales, lesquelles sont applicables par renvoi de la police d'assurance du demandeur. b) A teneur de l'art. 33 LCA, sauf disposition contraire de cette même loi, l'assureur répond de tous les événements qui présentent le caractère du risque contre les conséquences duquel l'assurance a été conclue, à moins que le contrat n'exclue certains événements d'une manière précise, non équivoque. En l'occurrence, au titre des maladies assurées, la lettre A6 CGA prévoit ce qui suit : "Est considéré comme maladie tout trouble de la santé, à l'exclusion des accidents et suites d'accidents, dont l'assuré est atteint indépendamment de sa volonté et qui nécessite un traitement médical". Selon la lettre A10 des mêmes CGA, est incapable de travailler la personne qui, par suite d'une maladie couverte par l'assurance, n'est pas en mesure d'exercer partiellement ou entièrement sa profession actuelle ou une autre activité lucrative pouvant être raisonnablement exigée d'elle. Enfin, selon les lettres B1 ss CGA, les prestations sont, en résumé, versées dès l'expiration du délai d'attente convenu, pour toute incapacité de travail de 25% au moins, proportionnellement au degré d'incapacité de travail attestée par un médecin.

- 18 - c) Selon une jurisprudence constante rendue en matière d'assurances sociales, valable également en matière d'assurances complémentaires (TAss VD AMC 1/07 - 1/2009 du 24 novembre 2008), le juge des assurances doit, de manière générale (notamment lorsqu'il doit déterminer si un cas d'assurance est réalisé), examiner tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux 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 exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'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 dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1). Le juge peut en particulier accorder valeur probante aux rapports des médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et les réf. citées). Pour ce qui concerne les rapports émanant des médecins- traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait relevant de l'expérience que, de par sa position de confident privilégié que lui confère son mandat, le médecin-traitant tranchera, dans le doute, en faveur de son patient (ATF 125 V 351 précité consid. 3b/cc et les réf. citées; TF 8C\_1051/2008 du 6

- 19 - février 2009). Quant aux expertises des parties, le seul fait que le document ait été commandé par une partie et produit dans la procédure ne permet pas d'avoir des doutes quant à sa force probante (RCC 1986 p. 200 consid. 2a in fine). d) En matière d'assurances sociales (ATF 135 V 39 consid. 6.1), comme d'ailleurs en matière d'assurances privées (ATF 130 III 321), le juge fonde généralement sa décision sur des 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. Aussi, lorsque ce même juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles il doit procéder d'office, est convaincu que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérant et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu de chercher d'autres preuves ("appréciation anticipée des preuves"; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2e éd., p. 274; Guldener, Schweizerisches Zivilprozessrecht, 3e éd., Zurich 1979, p. 321; ATF 130 II 425 consid. 2.1; 122 II 464 consid. 4a; 122 III 219 consid. 3c; 120 Ib 224 consid. 2b; 119 V 335 consid. 3c et la référence). 4. a) En l'espèce, il n'est à juste titre pas contesté que le demandeur ait qualité de personne assurée au regard du contrat d'assurance en question. Il est également constant que l'incapacité de travail disputée a donné lieu à l'allocation d'indemnités journalières pour maladie versées directement à A. \_\_\_\_\_ SA entre le 13 février 2002 et le 30 avril 2002, puis entre le 25 mai 2002 et le 2 juillet 2002, versement que la défenderesse a interrompu en se fondant sur les conclusions de l'expert psychiatre Q. \_\_\_\_\_, lequel excluait le trouble somatoforme douloureux au profit d'une pathologie douloureuse indéfinissable sur le plan symptomatique, soit un trouble factice n'entraînant pas d'incapacité de travail. En tout état de cause, il n'est pas contesté que, d'un point de vue strictement somatique, l'assuré ne présente pas de troubles

- 20 - invalidants. Au reste, dans son mémoire de demande, l'assuré justifie ses prétentions en invoquant uniquement l'existence d'un trouble somatoforme douloureux, lequel est une affection de nature psychique. Dans ces conditions, seule doit être examinée plus avant l'existence d'un tel trouble d'ordre psychique, ainsi que ses effets sur la capacité de travail de l'assuré. b) Constituée dans le cadre de l'instruction menée tant en matière d'accident que d'invalidité, la documentation médicale versée au dossier est abondante et manifestement complète, permettant à la juridiction de céans de statuer. Il n'y a dès lors pas à procéder à un complément d'instruction sur ce plan de sorte que la requête du demandeur tendant à mettre en œuvre une expertise judiciaire doit être écartée, cette mesure d'instruction apparaissant au demeurant vaine compte tenu de l'écoulement du temps. 5. a) Il faut admettre, comme retenu par le Tribunal des assurances dans son jugement du 7 janvier 2008 et par l'ensemble des médecins consultés, à la seule exception du Dr Q. \_\_\_\_\_, que la pathologie présentée par l'assuré, respectivement l'atteinte qu'il présentait dans sa santé durant la période d'indemnisation en cause, tenait à un trouble somatoforme douloureux persistant (F45.4). Ainsi, la défenderesse ne saurait être suivie lorsqu'elle fonde son argumentation sur les conclusions du rapport de l'expert Q. \_\_\_\_\_. Outre que l'anamnèse du patient et la description des plaintes contenues dans son rapport sont régulièrement ponctuées de jugements de valeur manifestes (ainsi lorsque le texte même se trouve émaillé de points d'exclamation entre parenthèses), ôtant ainsi aux considérations émises la rigueur scientifique et l'apparence d'impartialité qui doivent présider à l'élaboration d'une expertise, il est manifeste que l'appréciation du cas faite par ce médecin confine en réalité à nier, sur le principe, que le trouble somatoforme puisse être une pathologie médicalement reconnue, pour préférer à ce diagnostic celui de trouble dit factice (cf. p. 18 ss dudit rapport, en particulier la doctrine médicale que l'expert entend faire sienne).

- 21 - b) Subsiste la question de savoir si le trouble somatoforme tel que diagnostiqué, lequel est incontestablement une maladie médicalement reconnue, emportait ou non une incapacité de travail. A cet égard, il y a tout d'abord lieu de relever que le jugement du Tribunal des assurances du 7 janvier 2008 recèle une apparente contradiction lorsqu'il

retient, et ceci à juste titre, comme on l'a vu, qu'il n'y a pas à douter du diagnostic de troubles somatoformes, écartant ainsi le postulat du Dr Q. \_\_\_\_\_ (consid. 6a), mais fait par ailleurs siennes les conclusions de ce même médecin quant à la pleine capacité de travail de l'intéressé, reconnaissant en définitive à son rapport une pleine valeur probante (consid. 7, in initio). En d'autres termes, on ne saurait à la fois dresser le constat qu'un rapport est entaché d'une erreur manifeste de diagnostic, et retenir ensuite les conclusions que l'expert déduit d'un tel diagnostic erroné. Il n'y a au demeurant pas à s'en tenir audit jugement dans la mesure où, retenant l'absence d'une comorbidité psychiatrique d'une intensité telle qu'elle puisse être invalidante, c'est au regard des critères de la jurisprudence dans le domaine particulier de l'assurance- invalidité qu'il se prononce, ce qui n'exclut pas que l'assuré ait présenté, au regard des dispositions contractuelles prévalant dans le domaine particulier de l'assurance-maladie complémentaire, une incapacité de travail totale ou partielle, ni ne dispense d'examiner, comme le firent les médecins consultés, la capacité de travail effective de l'assuré, dans son activité habituelle ou dans une activité qui soit raisonnablement exigible. Il se justifie donc, sur ce point, de s'écarter dudit jugement comme des conclusions du Dr Q. \_\_\_\_\_, respectivement de se rapporter aux autres avis médicaux qui, rappelons-le, sont unanimes quant au diagnostic de trouble somatoforme et s'accordent à reconnaître une atteinte à la capacité de travail de l'assuré. Il n'est pas douteux qu'au syndrome douloureux que présentait l'assuré était associé un trouble psychique nécessitant une prise en charge médicale. Les rapports du Dr F. \_\_\_\_\_ du 17 juillet 2002 et des Drs T. \_\_\_\_\_ et C. \_\_\_\_\_ du Département universitaire de psychiatrie

- 22 - D. \_\_\_\_\_ du 15 novembre 2002 sont clairs à ce sujet. Certes, dans leur rapport du 3 décembre 2001, les médecins de la Clinique K. \_\_\_\_\_ ont conclu que les troubles psychiques ne justifiaient pas une incapacité de travail. Ils n'ont toutefois qualifié une reprise du travail que de souhaitable, et leur rapport est antérieur à la période ici litigieuse, laquelle s'étend postérieurement à la cessation du versement des indemnités le 2 juillet 2002, jusqu'au terme contractuel du droit à un tel versement, soit au 13 janvier 2004. Or, tous les médecins qui ont exprimé leur avis durant cette période - à l'exception du Dr Q. \_\_\_\_\_, mais qu'il convient d'écarter, comme vu plus haut - ont attesté une incapacité de travail de l'assuré. Ainsi le médecin traitant J. \_\_\_\_\_, qui l'estimait totale, le Dr F. \_\_\_\_\_, qui la fixait à 50%, certes temporairement, mais sous réserve d'une prise en charge psychiatrique, et enfin les médecins psychiatres T. \_\_\_\_\_ et C. \_\_\_\_\_, du Département universitaire de psychiatrie D. \_\_\_\_\_, retenant une capacité de travail nulle, avec un pronostic clairement défavorable compte tenu de la chronicité du trouble et de l'extension de la symptomatologie. c) Partant, il faut donc admettre, avec les médecins précités, que l'assuré se trouvait dans l'incapacité de travailler de sorte que l'indemnisation au titre de l'assurance-maladie complémentaire ne pouvait être niée dans son principe par la défenderesse. 6. Il reste, afin de fixer la mesure du droit aux prestations qui devaient être servies, à déterminer la durée de l'incapacité de travail ainsi que son taux, déterminants au regard des CGA telles que rappelées au considérant 3 ci-dessus. a) S'agissant de la durée de l'incapacité de travail, dès lors que l'on doit abstraire l'avis du Dr Q. \_\_\_\_\_ rendu en janvier 2004, il y a lieu de se rapporter au premier rapport médical utile postérieur à cet avis, soit celui établi par le Dr X. \_\_\_\_\_ le 6 janvier 2005. Cette expertise, qui rend clairement compte des raisons qui justifient de s'écarter de l'avis isolé du Dr Q. \_\_\_\_\_ et satisfait manifestement aux exigences posées par la jurisprudence pour se voir reconnaître pleine valeur probante, retient

- 23 - une incapacité de travail totale, due en résumé à un trouble maladif dépressif, aggravé par un trouble somatoforme et un trouble mixte de la personnalité. Ce rapport - dont l'auteur a eu l'occasion de confirmer ou de préciser les termes au cours de la présente procédure - ne sera en définitive pas contredit dans les faits, dès lors que l'état de santé de l'intéressé est allé s'aggravant, donnant ainsi raison au pronostic clairement défavorable déjà posé en novembre 2002 par les médecins du Département universitaire de psychiatrie D. \_\_\_\_\_, pour aboutir au constat d'une pathologie totalement invalidante justifiant l'allocation d'une rente entière d'invalidité. Il faut en conclure, comme retenu par les médecins traitant, que sur l'ensemble de la période déterminante pour le versement des prestations disputées, la capacité de travail de l'assuré se trouvait substantiellement entamée pour cause de maladie, sans qu'aucun élément probant du dossier ne permette de retenir que son état de santé se soit amélioré. b) S'agissant du taux d'incapacité de travail, déterminant pour fixer la proportion des prestations, les considérations qui précèdent devraient conduire à retenir qu'elle fut totale, les conclusions dans ce sens posées par les médecins traitant N. \_\_\_\_\_, Z. \_\_\_\_\_ et J. \_\_\_\_\_ dès mai 2002, puis par le Département universitaire de psychiatrie D. \_\_\_\_\_ en novembre 2002, ayant trouvé confirmation en 2005 sous la plume de l'expert X. \_\_\_\_\_. On peut toutefois s'abstenir de trancher cette question, respectivement de spéculer, sur le taux d'incapacité de travail en tant que tel, eu égard aux lettres B1 et suivantes CGA, ou sur la question de savoir si une capacité de travail pouvait être raisonnablement exigée dans une activité réputée adaptée, conformément à la lettre A10 CGA. En effet, cette dernière disposition, certes déterminante en tant qu'elle est réputée préciser la notion d'incapacité de travail, n'en constitue pas moins l'expression du principe général de l'obligation faite à l'assuré d'entreprendre tout ce qui peut être raisonnablement exigé de lui eu égard aux circonstances afin de réduire le dommage, en particulier en

- 24 - envisageant un changement d'activité, faute de quoi l'assurance s'en trouverait fondée à réduire, voire à refuser ses prestations. Ce principe général du droit des assurances, notamment énoncé à l'art. 61 LCA, a néanmoins fait l'objet d'une jurisprudence bien établie selon laquelle le devoir de l'assuré d'envisager un changement de profession s'accompagne de celui de l'assureur de l'avoir préalablement mis en demeure de le faire en lui accordant à cet égard un délai adéquat - pendant lequel l'indemnité journalière versée jusqu'alors reste due - pour s'adapter à ces nouvelles contingences et prendre ses dispositions afin de trouver un emploi adapté à sa situation personnelle. Dans la pratique, un délai de trois à cinq mois imparti dès l'avertissement de l'assureur est en règle générale considéré comme adéquat (ATF 133 III 527 consid. 3.2.1; 127 III 106 consid. 4c; TAss VD AMC 36/04 – 1/2007 du 12 décembre 2006; AMC 21/06 – 8/2007 du 21 février 2007; AMC 6/06 – 16/2007 du 12 juin 2007). Or, en l'occurrence, la défenderesse n'a pas satisfait à ce devoir de mise en demeure préalable, ce dont elle ne disconvient du reste pas, les réserves ou le refus quant à son obligation de prise en charge ne valant à l'évidence pas avertissement quant à l'obligation d'envisager un changement d'activité. A cela s'ajoute enfin que la lettre A10 CGA ne saurait en tant que telle emporter un avis suffisant. En effet, au regard du principe de la confiance régissant l'interprétation des CGA, on ne saurait attendre de l'assuré qu'il soit à même de déduire de cette disposition l'obligation d'entreprendre de sa propre initiative et en temps opportun une reconversion professionnelle, sans du reste que n'y soit précisé le délai dont l'assureur pourrait se prévaloir à cet égard. 7. a) Des considérants qui précèdent, il résulte que le demandeur a présenté une incapacité de travail justifiant l'allocation de pleines indemnités journalières du 14 janvier 2002 jusqu'à épuisement des prestations

contractuellement prévues, soit jusqu'au 13 janvier 2004. Ces indemnités sont de 123 fr. 95 chacune (soit 80% du salaire assuré), à servir sur toute la durée contractuelle, soit pendant 730 jours, mais dont à déduire le délai d'attente contractuel de 30 jours, et également sous déduction des indemnités journalières déjà versées

- 25 - directement à l'entreprise A. \_\_\_\_\_ SA entre le 13 février 2002 et le 30 avril 2002, puis entre le 25 mai 2002 et le 2 juillet 2002 (pièce 17 du bordereau du demandeur). Cela représente un solde de 584 jours à indemniser, soit une valeur capitalisée de 72'386 fr. 80 en francs constants, selon les calculs du demandeur qui, étayés par les pièces versées au dossier, n'ont au demeurant pas été contestés par la défenderesse. b) Le demandeur réclame en outre le paiement d'intérêts moratoires. Régissant le contrat en cause (lettre C9 CGA), la LCA ne contient aucune disposition sur la demeure ou l'intérêt moratoire, de sorte que les art. 102 ss CO sont applicables (art. 100 al. 1 LCA). Le débiteur d'une obligation est en demeure par l'interpellation du créancier (art. 102 al. 1 CO). Lorsque le jour de l'exécution a été déterminé d'un commun accord, ou fixé par l'une des parties en vertu d'un droit à elle réservé et au moyen d'un avertissement régulier, le débiteur est mis en demeure par la seule expiration de ce jour (art. 102 al. 2 CO). L'intérêt moratoire, qui s'élève à 5% l'an (art. 104 al. 1 CO), est en principe dû, dans le cas de la demeure par interpellation, à partir du jour suivant celui où le débiteur a reçu celle-ci (Thévenoz, in Commentaire romand du Code des obligations I, n. 9 ad art. 104 CO; TF 5C.177/2005 du 25 février 2006). En l'espèce, ni le contrat d'assurance, ni les CGA qui lui sont applicables ne fixent de terme comminatoire pour l'exécution, ni ne réservent le droit de le fixer à l'une des parties (cf. art. 102 al. 2 CO). Dès lors, la défenderesse ne doit des intérêts moratoires au demandeur qu'après interpellation par celui-ci (art. 102 al. 1 CO). Pour qu'il y ait interpellation valable, il suffit que le créancier manifeste clairement de quelque manière - par écrit, verbalement ou par actes concludants - sa volonté de recevoir la prestation promise, sans indiquer les conséquences de la demeure (ATF 129 III 535).

- 26 - En l'occurrence, par courrier "A" du jeudi 23 mai 2002, le mandataire du demandeur a, pour la première fois, formellement mis la défenderesse en demeure de s'acquitter de ses prestations contractuelles, qu'elle avait unilatéralement suspendues au 30 avril 2002. Ce courrier constitue une interpellation. Le demandeur ayant droit à 584 indemnités journalières jusqu'au 13 janvier 2004, il convient de fixer au 28 mars 2003 le dies a quo de l'intérêt moratoire, soit l'échéance moyenne de 292 jours jusqu'au 13 janvier 2004 (Spahr, L'intérêt moratoire, conséquence de la demeure, in RVJ 1990 p. 372). 8. Il convient enfin d'arrêter la somme qui, pour la période en cause (soit du 14 janvier 2002 au 13 janvier 2004), aurait été versée par des assurances sociales, assurances de l'entreprise ou tiers responsable qui, en application de la lettre B4 des CGA, autoriserait la défenderesse à réduire d'autant le solde des prestations mises à sa charge dans le jugement du 22 décembre 2009. Les parties ayant été interpellées, il est admis que, durant la période en cause, le demandeur n'a obtenu d'autres prestations financières que celles de l'aide sociale vaudoise, à hauteur de 30'168 fr. 65. Y. \_\_\_\_\_ Assurances considère que cette somme constitue une prestation de substitution au salaire, au même titre que l'indemnité journalière qui aurait été due, qui est une prestation de dommage substitutive au salaire. Le demandeur considère en revanche qu'il ne s'agit pas d'une prestation d'un assureur social, d'une assurance de l'entreprise ou d'un tiers responsable au sens de la lettre B4 des CGA, mais de prestations financières subsidiaires aux prestations des assureurs sociaux, consenties comme ultime filet de sécurité par l'Etat, le cas échéant comme avance remboursable en cas d'intervention

d'assureurs sociaux ou de prestations de privés (art. 3 et 36 LASV [loi du 2 décembre 2003 sur l'action sociale vaudoise, RSV 850.051]). Il en conclut que les prestations de Y. \_\_\_\_\_ Assurances lui sont dues en totalité, les services sociaux

- 27 - pouvant le cas échéant réclamer à l'intéressé les avances consenties durant la période en cause. L'argumentation du demandeur doit être suivie. L'aide sociale n'est en effet pas une assurance sociale ou privée, mais relève de prestations dispensées par l'Etat en dernier recours, précisément lorsque aucun assureur ou tiers n'est tenu d'intervenir. Dispenser un assureur privé du versement de prestations qui sont dues reviendrait à priver l'Etat d'une créance en remboursement à laquelle il peut prétendre, compte tenu de ressources financières auxquelles l'administré assisté se voit en définitive reconnaître le droit, à hauteur de 72'386 fr. 20, intérêts moratoires à 5% l'an dès le 28 mars 2003 en sus. Il reviendra au demandeur d'aviser les services sociaux de son canton de l'allocation d'un tel montant, conformément à son devoir d'aviser l'autorité. En définitive, les conclusions de la demande déposée le 11 avril 2006 par I. \_\_\_\_\_ à l'encontre de Y. \_\_\_\_\_ Assurances doivent être admises, en ce sens que, à titre de pleines indemnités journalières de l'assurance-maladie complémentaire, Y. \_\_\_\_\_ Assurances est reconnue débitrice de I. \_\_\_\_\_ de la somme de 72'386 fr. 80 avec intérêt à 5% l'an dès le 28 mars 2003. 9. Le demandeur, qui obtient gain de cause avec le concours d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens (art. 55 LPA-VD, applicable par analogie selon l'art. 109 al. 1 LPA-VD). Ceux-ci sont fixés d'après l'importance et la complexité du litige, sans égard à la valeur litigieuse (application analogique de l'art. 7 TFJAS [Tarif du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales, RSV 173.36.5.2]). En l'espèce, il y a lieu de fixer le montant à 3'500 fr., compte tenu de la complexité du litige, ayant justifié un double échange d'écritures, de nombreuses déterminations écrites et la tenue d'une audience d'instruction. Au surplus, le présent jugement est rendu sans frais, conformément à l'art. 85 al. 3 LSA.

- 28 -

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