

VD_GERICHTE ZN10.019273 vom 29. Januar 2015

VD Tribunal cantonal, 2015-01-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZN10.019273

FR: VD_GERICHTE ZN10.019273 du 29 janvier 2015

IT: VD_GERICHTE ZN10.019273 del 29 gennaio 2015

Erwägungen

E. 1

Le demandeur F. _____ a été engagé à compter du 1er décembre 2007 par la défenderesse, la compagnie d'assurances L. _____, en qualité de conseiller en assurances. Il a été licencié le 23 juin 2008 avec effet au 31 juillet 2008. Le demandeur était au bénéfice d'un contrat d'assurance collective d'indemnités journalières en cas de maladie selon la LCA (loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance ; RS 221.229.1) conclue auprès de la défenderesse. En vertu de l'art. 9 des conditions générales d'assurances (ci-après : CGA) applicables à ce contrat, L. _____ doit verser, en cas d'incapacité de travail constatée par un médecin, pour chaque jour calendrier, le montant total de l'indemnité journalière lorsque

- 4 - l'incapacité de travail est de 66.67% et plus ou le montant de l'indemnité journalière correspondant au degré d'incapacité de travail lorsque celui-ci est de 25 à 66.67%. Dans ce cas, l'assurance a pour objet la perte de salaire (let. a). L'indemnité journalière est versée à l'expiration du délai d'attente convenu. Celui-ci commence à courir dès que survient une incapacité de travail d'au moins 25%, mais au plus tôt trois jours avant le premier traitement médical. Pour le calcul du délai d'attente, seuls comptent les jours où l'incapacité de travail est égale ou supérieure à 25%. Ces jours sont alors intégralement décomptés du délai d'attente. Le délai d'attente n'est imputé qu'une seule fois par cas d'assurance (let. b). L. _____ paie l'indemnité journalière – sous réserve d'exceptions non pertinentes dans le cas d'espèce – pendant 730 jours au maximum par cas (durée des prestations) ; le délai d'attente convenu dans la police est alors imputé sur la durée des prestations. A cet égard, les jours pendant lesquels une indemnité réduite est versée comptent comme jours entiers (let. c). En outre, selon l'art. 2 let. a CGA, la maladie est considérée comme « toute altération involontaire de la santé pouvant être constatée par le médecin, qui nécessite un traitement médical et qui n'est pas la conséquence d'un accident ou de ses suites ». Enfin, le délai d'attente prévu par la police d'assurance est de 180 jours. Se trouvant dans un état d'épuisement psychologique très important à la suite de son licenciement et en raison d'une procédure de divorce difficile, le demandeur a été déclaré par son médecin traitant, la Dresse Y. _____, médecin général FMH et homéopathe SSMH, en incapacité de travail à compter du 11 juillet 2008. Le demandeur s'est ainsi vu allouer des indemnités journalières découlant du contrat d'assurance précité, après le délai d'attente contractuel de 180 jours.

E. 2

L'incapacité de travail se poursuivant, L. _____ a fait examiner l'assuré par le Dr M. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, lequel s'est entretenu avec le demandeur le 9 juin 2009. Dans son rapport d'expertise du 2 juillet 2009, ce médecin a retenu les conclusions suivantes :

- 5 - « 1) Affection actuelle L'expertisé présente une atteinte psychique sur l'axe I de nature dépressivo-anxieuse associée à un trouble de la personnalité au niveau de l'axe II. 2) Diagnostics Trouble dépressif majeur, épisode isolé, en rémission partielle, gravité actuelle mineure F 32.5 (296.25) L'expertisé présente un épisode majeur, probablement depuis le milieu de l'année 2008. Il s'agit d'un épisode isolé car il n'y a pas d'indice certain d'épisode dépressif majeur en 1997 dans le contexte de la perte de sa fille. L'épisode actuel n'a pas répondu à une prise en charge de nature psychologique, ni à l'administration d'un traitement de benzodiazépines ou de millepertuis à faible dose. Il a toutefois présenté une rémission significative sous traitement antidépresseur d'Ecitalopram à dose efficace. L'état dépressif s'est développé à petit feu probablement depuis 2007, année durant laquelle l'expertisé a connu des complications importantes au cours de la procédure de divorce, ainsi que des problèmes liés à son ancienne amie et à la naissance de son fils. Actuellement, l'épisode dépressif présente une gravité mineure avec un score au Hamilton de 9 points, l'expertisé parvient à maintenir une vie familiale investie, participe aux tâches de ménage, a (sic) des loisirs et effectue également des activités intellectuelles telles que la lecture et des recherches sur Internet. Dans ce sens, il parvient à participer à sa défense dans le cadre de la procédure de divorce en cherchant les documents juridiques nécessaires qu'il met à disposition de l'avocat. La lecture de la lettre adressée par l'assuré à L. _____ du 20.06.2009 dénote aussi la présence de ressources intellectuelles importantes. L'expertisé parvient ainsi à maintenir une motivation suffisante pour les objectifs qu'il se fixe mais qui se trouvent en-dehors du monde professionnel. Non-observance du traitement? Z91.1 (V15.81) L'expertisé n'a pas suivi nos consignes pour effectuer une prise de sang dans un laboratoire proche de notre cabinet médical, ni auprès de son médecin traitant, comme il l'a proposé lui-même. Nous ne disposons ainsi pas de valeurs plasmatiques valables témoignant de sa compliance avec son traitement antidépresseur. Il n'est toutefois pas exclu que malgré ses réticences M. F. _____ prenne régulièrement son traitement antidépresseur ou qu'il l'ait pris par le passé, raison entre autres de la rémission symptomatique qu'il présente sur le plan thymique. Diagnostic différentiel L'expertisé ne présente pas de dépendance au traitement benzodiazépinique de Tranxilium qu'il prenait à faible dose et

- 6 - qu'il parvient selon ses dires à arrêter parfois pendant une semaine entière. M. F. _____ ne présente pas non plus de crises de panique ou un comportement agoraphobique. Son degré d'anxiété est mineur, caractérisé par quelques symptômes neurovégétatifs épisodiques qui n'ont pas d'impact sur ses déplacements ou au contact avec la foule. En revanche, il existe un certain degré d'irritabilité influençant quelques relations sociales mais qui, dans l'ensemble, ne peut pas être considéré comme invalidant. 3) Plaintes et limitations de l'assuré dues à son affection médicale dans le cadre de son activité professionnelle de conseiller en assurances Cf. chapitre 2 pour les plaintes. Limitations L'expertisé présente un certain degré d'irritabilité pouvant influencer ses relations professionnelles ainsi qu'un degré d'anxiété de base excessif pouvant se manifester par une anxiété neurovégétative occasionnelle. Au stade actuel, il a du mal à se projeter dans l'avenir et se montre incapable d'assumer une responsabilité telle que celle assumée auparavant dans le contact avec la clientèle. Il se plaint de légers troubles cognitifs, un certain degré de fatigue et de fatigabilité qui seraient éventuellement en lien avec la persistance de quelques troubles du sommeil, mais qui n'ont pas de répercussion significative selon le status. La problématique principale est liée au manque de motivation de l'expertisé pour toute démarche réhabilitative, surtout si elle est initiée ou soutenue par

L. _____, en même temps assureur perte de gain et employeur. Il ne s'agit pas d'un manque de motivation découlant de la persistance d'un état dépressif majeur mais plutôt d'une attitude dans laquelle l'expertisé tente d'éviter toute surcharge qui ne vise pas ses intérêts familiaux et personnels. 4) Selon vous, quels sont les taux et la durée d'incapacité de travail? M. F. _____ est au bénéfice d'une incapacité de travail totale pour une raison psychique depuis le 11.07.2008. Le dossier en notre possession ne précise pas si les incapacités ont déjà commencé de manière persistante le 19.05.2008. Il semble en tout cas qu'une incapacité de travail psychiatrique entière était déjà présente vers les mois de mai-juillet 2008 et qu'elle doit être considérée comme justifiée à ce titre.

- 7 - Cette incapacité de travail est motivée par une décompensation dépressive majeure se greffant sur la décompensation de la personnalité de base. L'état dépressif est actuellement en rémission significative et correspondrait à un état dépressif de gravité mineure. Ainsi, les symptômes constituant un handicap fonctionnel limitatif sont nettement réduits par rapport à l'état présent une année auparavant. Bien que l'état dépressif se trouve en rémission significative, l'expertisé garde une forte conviction subjective de ne pas être prêt à exercer un quelconque emploi. Il appréhende sa situation en estimant qu'il a présenté un « burn out » et que le traitement d'une telle affection peut requérir des années, avec un ordre d'idées de 2 à 3 ans. Durant ce laps de temps, il espère qu'on le laisse tranquille jusqu'à ce qu'il se sente prêt à aborder le marché du travail. L'expertisé considère que son ancien emploi comme conseiller auprès de la clientèle dans le domaine asséculo-logique n'est plus adapté à ses capacités. Le monde des assurances est considéré comme trop mercantile et M. F. _____ souhaite trouver une autre voie professionnelle, envisageant une nouvelle formation. L'expertisé signale qu'un rendez-vous avec le service d'orientation de l'AI est prévu au mois de juillet, mais il se montre ambigu par rapport à sa volonté de s'engager dans une telle démarche. Toute tentative de discuter avec l'assuré quant à la possibilité progressive d'assumer une activité adaptée, voire une formation, ou simplement d'ébauche de discussion par rapport à une formation rencontre un mur de résistance ainsi qu'une attitude revendicative et procédurière de la part de l'expertisé. Il semble d'ores et déjà que la réhabilitation de cet expertisé à brève échéance risque de s'avérer difficile. A noter toutefois que M. F. _____ ne souhaite pas fondamentalement devenir rentier de l'AI, ce qui ne correspondrait pas à son éducation et à l'esprit du travail qui lui a été inculqué au sein de sa famille. L'ensemble de ces considérations met en exergue le décalage qui risque de se présenter entre la capacité de travail théorique estimée et la possibilité de la mise en application de cette capacité dans le monde du travail. A noter que, selon les dires de l'expertisé, la question de la reprise du travail n'a été abordée que depuis peu dans le cadre de la psychothérapie. Il semble que l'expertisé ait encore besoin d'un soutien et d'une préparation de la part de son psychiatre pour faire mûrir en lui une demande spontanée et une vraie motivation à reprendre une vie professionnelle. Il est ainsi concevable de laisser encore un certain laps de temps de préparation à l'expertisé avant d'exiger la récupération d'une capacité de travail dans l'économie.

- 8 - Dans ce sens, pour laisser à la thérapie le temps d'aborder les aspects professionnels, on peut envisager une capacité de travail à 50% à partir de la mi-juillet 2009 ; cette capacité pourrait être augmentée après un mois à 100%. Comme indiqué ci-dessus, il est fort probable que l'expertisé tentera par tous les moyens de s'opposer à l'idée d'une reprise du travail; en se sentant forcé, il cherchera à saboter le processus de réhabilitation. Il est néanmoins important que M. F. _____ puisse comprendre dans le cadre de l'approche

psychothérapeutique que la démarche de réhabilitation vise son bien et qu'elle est également nécessaire à équilibrer sa situation financière difficile. 5) La thérapie actuelle est-elle optimale ou d'autres mesures thérapeutiques seraient-elles susceptibles d'améliorer l'état de santé et la capacité de travail, par exemple une psychothérapie intensive, un traitement stationnaire ou pharmacologique? Il semble que dans la mesure de ses capacités, l'expertisé ait développé une certaine alliance thérapeutique avec sa psychiatre. Il est certain que M. F. _____ présente une résistance antérieure à une approche psychiatrique-psychothérapeutique et qu'il lui est difficile d'adhérer à une telle prise en charge dans la durée. Toutefois, le maintien de cette prise en charge à la fréquence actuelle au moins est indispensable. Dans le cadre de la psychothérapie, il paraît important de soutenir l'expertisé dans le processus réhabilitatif en encourageant le développement d'un projet professionnel qui, tenant compte du caractère autonome et indépendant de l'expertisé, revêt une importance particulière. Bien que l'expertisé ait l'impression d'avoir fait le deuil de sa fille en 1997, la plaie semble loin d'être fermée et il paraît utile de pouvoir aborder aussi les aspects de ce deuil dans la durée. Une thérapie stationnaire n'est ni nécessaire, ni demandée par l'expertisé. En ce qui concerne un traitement psychopharmacologique, l'expertisé ne s'est pas montré compliant avec notre demande de prise de sang pour le Cipralax. Nous ne savons ainsi pas si le traitement est réellement administré et si la compliance est assurée. Dans ce sens, il serait utile d'effectuer une prise de sang pour l'Ecitalopram afin de s'assurer que l'expertisé, réticent au traitement psychotrope, prenne réellement ce traitement. 6) Une autre activité adaptée peut-elle être exigible? Si oui, à quel pourcentage? L'activité de conseiller à la clientèle en assurances n'est pas souhaitable actuellement, plutôt sur le plan émotionnel

- 9 - qu'intellectuel. L'expertisé a toutefois un bagage très important de 15 ans d'expérience dans le domaine de l'assurance, notamment vie, ainsi que dans le domaine financier. Il semble avoir toujours apprécié le contact et le conseil à la clientèle. Il paraît utile de pouvoir utiliser et canaliser ce savoir-faire dans un autre domaine proche de l'assurance, la prévoyance et la finance. Une réhabilitation professionnelle par l'AI ou le chômage serait appropriée dans ce sens. Il ne semble toutefois pas que cet expertisé déjà au bénéfice, mise à part l'activité dans le domaine de l'assurance, de 2 autres CFC, doive nécessairement à l'âge de 40 ans suivre une nouvelle formation dans un autre domaine et ce à cause d'un état psychique transitoire. Le plus important est de laisser à M. F. _____ le temps de se préparer et venir avec un projet professionnel qui pourrait être élaboré avec l'aide d'un service en orientation. 7) Lors de l'entretien, l'assuré s'est-il montré coopératif? Selon vous, a-t-il exagéré ses symptômes? En ce qui concerne la collaboration avec l'expertisé, il faut distinguer l'ouverture à relater son histoire biographique et les différents troubles dont il souffre de toutes les questions touchant la réhabilitation. Si en ce qui concerne son anamnèse, l'expertisé semble vouloir relater ses malheurs et les injustices dont il a été victime ces dernières années, il a d'emblée signalé en début d'entretien l'impossibilité de toute démarche réhabilitative actuellement ou dans un avenir proche. M. F. _____ s'est montré très revendicateur envers l'assurance L. _____ qui, tout en étant son assurance indemnités journalières, est également son ancien employeur. Dans un premier temps, l'expertisé n'a pas souhaité signer une décharge médicale au soussigné lui permettant d'adresser l'expertise au médecin-conseil de L. _____ Sachant toutefois qu'il risque de perdre son droit aux prestations en cas de non- collaboration, il a signé malgré lui la décharge du secret médical. L'expertisé s'est montré complètement non- collaborant à la fin de l'expertise, refusant de se rendre au laboratoire pour une prise de sang contrôlant sa

compliance avec le traitement antidépresseur. Il a par ailleurs menacé de « refuser l'expertise » après son exécution. Il a également signalé que s'il se voit contraint de travailler, il se mettra en congé maladie après 3 semaines. Lorsqu'on compare le score de l'échelle de la dépression de Hamilton qui est une échelle d'observation objective avec le BDI, évaluation subjective de la dépression, on constate un net décalage au niveau symptomatique. Ce résultat peut signaler d'une part un degré de souffrance subjectif important mais il peut aussi être interprété comme une tentative d'amplifier les symptômes dans le but de saboter toute attribution d'une capacité de travail quelconque.

- 10 - 8) Quel est votre pronostic? A long terme, l'expertisé travaillera probablement à plein temps. A court terme, il persiste un risque important de conflit avec cet expertisé avec une évolution sinistreuse. Ainsi, la capacité de travail exigible d'un point de vue théorique risque de ne pas pouvoir être actualisée, et ce même dans le cadre d'un processus de réhabilitation par le biais d'une formation. A noter également que tant que la procédure du divorce et ses complications sont en cours, le risque de répercussion de différents événements imprévus sur l'état psychique de l'assuré demeure important et peut influencer considérablement le pronostic. Parmi les éléments pronostiques positifs, il faut mentionner en particulier le fait que l'expertisé est engagé actuellement dans une relation affective stable et soutenante. Il a des projets à long terme avec son amie actuelle et la famille recomposée semble harmonieuse. Le soutien de la famille d'origine est également assuré. L'expertisé a des capacités d'apprentissage et d'adaptation qu'il a prouvées à maintes reprises en effectuant plusieurs formations très différentes. L'expertisé vient également d'un milieu dans lequel le travail est une valeur primordiale et il ne peut au fond concevoir de devenir rentier AI. 9) Quelle est votre appréciation subjective de la situation? M.

F. _____ est actuellement en incapacité de travail depuis environ une année et ne semble pas du tout prêt, malgré une prise en charge psychiatrique et psychothérapeutique avec semble-t-il l'administration d'un traitement antidépresseur à un dosage efficace, pour reprendre une activité professionnelle ou entamer une formation visant sa reconversion. Au contraire, l'attitude de l'expertisé montre une opposition farouche et une canalisation de son énergie dans le but revendicateur de se soustraire à toute pression allant dans le sens d'un retour au monde du travail. La trajectoire personnelle de cet assuré indique qu'il s'agit de la première décompensation psychique significative et durable ayant induit une incapacité de travail significative chez une personne autrement connue comme travailleuse et ayant suivi plusieurs formations professionnelles dans des domaines différents. Pour comprendre l'évolution de ce tableau, il faut tenir compte de l'interaction entre 2 séries de paramètres: d'une part un enchaînement de stressors émotionnels majeurs depuis environ 15 ans. Dans ce sens, on note le mariage avec une femme malade sur le plan psychiatrique, probablement schizophrène, à maintes reprises hospitalisée et avec laquelle l'expertisé a conçu 4 filles. M. F. _____ a dû se consacrer

- 11 - presque exclusivement, semble-t-il, à l'éducation de ses enfants et aux soins à prodiguer à son épouse. Les choses se sont compliquées avec la perte de la 2ème fille vers 1997. Si l'expertisé a pu surmonter ce choc émotionnel sans développer un véritable épisode dépressif majeur durable, ni une perte de capacité de travail, ce n'est pas le cas lorsque sa femme le quitte en 2004 et qu'il se sent trahi par une tromperie. Cette séparation a représenté un 2ème deuil pour l'assuré qui s'est aggravé par la rupture avec l'amie qu'il a connue par la suite et par la perte de la relation avec l'enfant qui naîtra de cette relation. Il s'agit ainsi de plusieurs deuils successifs dont la charge s'alourdit progressivement. S'y

ajoute le problème avec la fille aînée, semble-t-il schizophrène également et placée dans un foyer, avec laquelle il n'a plus de relations depuis plus d'une année ainsi que la lourdeur de la procédure du divorce avec son épouse impliquant également la menace de perdre ses filles dont il a la garde actuellement. L'épreuve de 3 expertises successives pour ce droit de garde est insupportable pour M. F._____. Le tout se déroule sur un fond de difficultés financières croissantes qui créent chez l'expertisé l'impression d'être à la merci de son épouse et de la procédure. En parallèle sur le plan professionnel s'ajoutent des frustrations progressives, le travail auprès de [...] dans un premier temps est un échec et l'expertisé ne parvient pas à réaliser ses ambitions lorsqu'il quitte cette assurance pour L._____. Après de cette dernière assurance, il a l'impression d'être un numéro, faisant partie d'une machine mercantile, pour se sentir rejeté à la fin, malgré son fort investissement. La 2ème série de facteurs qui intervient avec la succession d'événements difficiles découle de la structure de la personnalité de l'expertisé qui est caractérisée surtout par 2 facettes: la 1ère est la présence d'éléments abandonniques de la personnalité faisant partie du registre limite. L'expertisé, venant d'une famille nucléaire et étant le cadet de la fratrie, a pour modèle une famille unie, aimante, loyale et solide auquel il aspire en continu. Il est incapable de supporter une séparation et surinvestit ses relations affectives, surtout avec des femmes fragiles psychologiquement et probablement dépendantes de lui. Les ruptures affectives successives et l'anticipation d'une future rupture fragilisent considérablement la structure de personnalité de l'assuré et l'empêchent de se projeter à ce niveau-là, comme globalement dans l'avenir. Le 2ème élément important est la présence de traits de la personnalité obsessionnelle-compulsive se traduisant par un surinvestissement dans le domaine du travail, avec une méticulosité morbide, comme dans d'autres domaines de sa vie. Ce cadet de la fratrie a certainement développé des ambitions importantes pour être reconnu, voire admiré, dans le domaine professionnel. Surinvesti dans le domaine affectif comme professionnel avec un parcours de vie si difficile, la

- 12 - situation ne pouvait qu'aboutir à une usure progressive amenant l'expertisé début 2008 à un épuisement total. Les choses se compliquent avec l'impression subjective de l'expertisé d'être victime à plusieurs niveaux: victime de son ex-épouse pour laquelle il était tellement investi et qui l'a trahi; victime de la 2ème amie qui ne partageait pas les mêmes valeurs morales que les siennes; victime de la procédure juridique du divorce avec les complications interminables d'expertise après expertise; victime dans ce cadre de la Justice elle-même et du Juge; victime du consulat suisse en Espagne dans le cadre de la noyade de sa fille; victime enfin des assurances, de leur aspect inhumain et du rejet ressenti par L._____. L'expertisé semble se trouver « piégé », voire « dirigé ». Il ne se sent plus maître de sa vie et montre beaucoup d'appréhension à prendre toute décision importante par crainte de se tromper. S'il peut se permettre de faire confiance à sa nouvelle amie, il est en revanche réticent pour un nouveau départ dans le domaine professionnel. D'ailleurs, il souhaite prioritairement régler ses affaires juridiques et s'assurer la garde de ses filles. Dans ce sens et sur un fond de revendicativité envers l'assurance perte de gain – ancien employeur, il semble que l'expertisé ait développé une fixation, plus ou moins consciente, d'allure sinistrosique, considérant qu'il a le droit d'être laissé en paix le temps nécessaire à régler ses affaires. Son entretien pendant ce laps de temps doit, selon sa conception, incomber à son ancien employeur qui est également son assureur perte de gain. Cette conception est propice au développement d'un conflit durable car l'assuré a un côté procédurier ainsi que des compétences professionnelles qu'il est tout à fait capable de mobiliser pour son objectif. » Par courrier du 22 juillet 2009, confirmé le 9 octobre 2009, la

défenderesse a informé le demandeur qu'au regard des conclusions de l'expertise, lesquelles établissaient que son état de santé était en rémission significative, elle cesserait définitivement le versement des indemnités journalières à compter du 23 octobre 2009.

E. 3

Par courrier du 28 octobre 2009, le demandeur s'est opposé à la position prise par la défenderesse, faisant valoir une péjoration de son état de santé. Pour appuyer son propos, il a produit un certificat médical établi le 27 octobre 2009 par la Dresse S. _____, psychiatre et psychothérapeute FMH, dont il ressortait que l'état de santé du demandeur s'était à nouveau dégradé depuis deux mois, qu'il souffrait

- 13 - d'insomnie, de fatigue, d'un manque de l'élan vital et d'initiative pour les tâches les plus simples de la vie quotidienne et que le pronostic quant à la reprise du travail à court et moyen terme restait incertain. Afin de compléter les données médicales à sa disposition, la défenderesse a demandé au Dr M. _____ d'examiner à nouveau le demandeur. Dans son rapport complémentaire du 10 décembre 2009, ce médecin a fait les observations suivantes, après s'être entretenu avec le demandeur en date du 3 décembre 2009 : « 1) Affection actuelle Mon rapport d'expertise du 2 juillet 2009 résume l'anamnèse jusqu'au 9 juin 2009, date à laquelle M. F. _____ m'a consulté. Pas grand-chose n'a changé dans la vie de F. _____ depuis lors. Il est toujours impliqué dans la procédure de divorce avec son épouse avec laquelle un litige subsiste par rapport à la garde des enfants. Des pièces doivent être envoyées au juge jusqu'au 14 décembre 2009, mais le résultat d'une troisième expertise psychologique demeure toujours en faveur de l'assuré. Pour le reste, la situation des enfants est la même, ceux vivant avec F. _____ vont plutôt bien et il n'a pas eu de contact ni avec sa fille de 18 ans, ni avec son fils. F. _____ dit déléguer la plupart des responsabilités éducatives et ménagères à sa compagne, estimant qu'il fait relativement peu à la maison. Il explique que le couple avait déjà il y a deux ans un projet de mariage lorsqu'il sera enfin divorcé, mais que ce projet ne peut pas être d'actualité à cause de son état de maladie. L'expertisé se lève en général vers 7h30 et les occupations principales qu'il indique sont de regarder la télévision en zappant, de lire le journal « Le matin » le dimanche et d'aider occasionnellement aux tâches ménagères. Il a cessé complètement depuis quelques années toute activité sportive. Il reçoit la visite de ses parents une fois par semaine mais se sent ailleurs en leur présence. D'une manière générale, il relate un phénomène de repli social allant jusqu'à une légère irritation par la présence des gens et de la foule. Des conflits et des altercations ne sont pas signalés. Sur le plan financier, l'expertisé dit avoir cessé de payer les factures en retard du moment que L. _____ ne lui verse plus les prestations. Il a pourtant touché il y a quelques mois une indemnité non contractuelle de frs 2'000.- de sa part. Estimant que

- 14 - l'assurance a commis trop d'erreurs, il pense que ce montant lui est dû et ne change pas son avis négatif sur cette institution. M. F. _____ a un nouveau souci lié à une augmentation du montant des pensions alimentaires qu'il doit payer aux enfants pour lesquels il n'a pas la garde. Aucune consommation d'alcool ou de toxique. La consommation de cigarettes est d'un paquet par jour comme au mois de juin. L'expertisé a rencontré une conseillère de l'assurance-invalidité pour la réhabilitation au mois de juillet 2009. Ne se sentant pas prêt pour entreprendre une formation à ce moment-là, son dossier a été mis en suspens. M. F. _____ estime toujours être victime d'un comportement injuste de la part de L. _____ contre laquelle il a lutté avec tous ses moyens ces derniers mois. Il indique avoir été assisté par son frère dans ses démarches et précise que c'est surtout son frère qui a

rédigé les courriers à l'intention de l'assurance perte de gain ainsi que l'assurance protection juridique. Lui-même n'aurait pas pu le faire à cause de l'épuisement de ses ressources. 2) Diagnostics Les diagnostics sont identiques à ceux mentionnés dans mon rapport du 2 juillet 2009, hormis celui de la non-observance du traitement, et sont les suivants: DIAGNOSTICS (CIM-10 et DSM-IV-TR) Axe I: Trouble dépressif majeur, épisode isolé, en rémission complète F32.6 (296.26) Axe II: Trouble de la personnalité non spécifié F60.9 (301.9) Traits de personnalité limite et obsessionnelle-compulsive Axe III: Rien à signaler Axe IV: Procédure difficile de divorce en cours Expertises répétitives dans le cadre du droit de garde des enfants Séparation avec sa fille de 18 ans Licenciement du dernier emploi auprès de L._____ Echec dans l'emploi auprès de [...] Rupture avec son ancienne amie et son jeune fils Séparation avec son épouse (2004) Noyade de sa fille (1997?) Axe V: EGF de 70, quelques symptômes légers.

- 15 - Précisions diagnostiques En ce qui concerne l'état dépressif, l'évaluation selon l'échelle de Hamilton indique un score d'environ 5 points, ce qui signifie qu'il existe une légère amélioration de l'état clinique qui, dans tous les cas, ne revêt plus une importance clinique. Alors qu'au mois de juillet 2009 la gravité de l'état dépressif est décrit comme mineur, on peut parler actuellement d'une rémission complète, ce qui change le code du diagnostic en F32.6 (296.26). Il existe actuellement uniquement quelques signes mineurs d'une atteinte thymique, notamment un sentiment d'incapacité en ce qui concerne l'activité professionnelle bien qu'il ne soit pas certain qu'il s'agisse d'un symptôme authentique. Une anxiété légère épisodique se manifestant notamment par des symptômes d'oppression thoracique est également relatée. A noter toutefois que lors de la précédente expertise, M. F._____ a indiqué la consommation régulière de 1-2 cp de Tranxilium 5 mg par jour tandis que lors de l'examen actuel, il déclare cette prise comme épisodique à raison de 1-2 cp/semaine. Une légère lourdeur au niveau de la tête et une fatigue oculaire sont également signalées. Rien lors de l'examen psychiatrique ne permet de corroborer la présence de ces symptômes. Il relate une perte récente de 4 kg. Le poids n'a pas été contrôlé lors de l'expertise, mais selon ses dires, son poids est actuellement de 74 kg. Considérant le poids indiqué par l'assuré au mois de juin 2009 de 75 kg, la perte de 4 kg ne peut pas être attestée. 3) Plaintes et limitations de l'assuré dues à son affection médicale dans le cadre de son activité professionnelle de conseiller en assurances. L'expertisé se plaint d'une fatigue l'empêchant d'exercer différentes activités, d'un manque de motivation et surtout un besoin important de se reposer. Il indique la présence de troubles du sommeil motivant la prise de Stilnox toutes les nuits ainsi que, occasionnellement, du Tranxilium (1-2 x/semaine) pour des symptômes anxieux. Une perte de poids de 4 kg est également indiquée récemment. La libido est légèrement diminuée, toutefois sur ce point l'expertisé se montre ambigu indiquant qu'il a toujours envie. Un évitement de la foule est aussi signalé avec une accentuation du repli social même en présence de ses proches, ce qui ne devrait pas constituer une limitation importante pour une activité de nature autonome. Status L'expertisé se présente ponctuellement au rendez-vous. Il dit avoir été conduit par son frère; souffrant de problèmes de

- 16 - concentration, il ne se sentait pas capable de conduire. Son frère le ramènera après l'examen psychiatrique. Je le trouve dans la salle d'attente en train de lire un magazine. Il se lève et se déplace aisément de la salle d'attente à la salle de consultation. M. F._____ se présente habillé de manière plutôt négligée, en jeans, mal rasé, avec des lunettes qu'il dit de vision mais qu'il porte attachées à son pull. Les traits du visage sont normo-thymiques, il

présente des sourires et parfois quelques rires motivés. Ses yeux ne sont pas cernés et le visage n'est pas figé. L'hygiène corporelle est conservée. L'expertisé est orienté aux quatre modes, il se rappelle avoir lu la date de l'expertise sur la convocation le matin même de l'examen psychiatrique et note la date juste sur la décharge du secret médical. Il se rappelait de la localisation du cabinet, étant venu au mois de juin dernier pour un premier examen. Il est parfaitement au courant de la situation de l'examen et ne présente pas de trouble du Moi. L'expertisé est parfaitement vigilant, il ne présente aucun problème de l'attention ni de la concentration, ni de problème de mémoire qu'elle soit ancienne ou de fixation. Son discours est cohérent, dénué de tout élément de la série psychotique, focalisé sur ses plaintes, d'un manque de motivation, d'un sentiment d'impasse et d'une incapacité à faire face aux différentes exigences professionnelles. L'expertisé se montre calme, à aucun moment agité, ni particulièrement irritable. Il ne présente pas d'attitude antalgique, n'a aucune plainte spécifique dans la sphère corporelle en cours d'entretien. En particulier, en ce qui concerne la sphère cognitive, M. F. _____ se rappelle de la plupart des consignes annexes à notre convocation à l'entretien, bien qu'il les ait lues il y a environ une semaine. Il n'a pas rédigé de liste de ses médicaments, comme demandé dans notre convocation, comptant sur sa mémoire et, en effet, il est capable de citer par cœur les noms et la posologie de la médication. La revendicativité demeure toujours patente. Il profère à un moment des propos hétérolytiques inquiétants, semble-t-il concernant un éventuel meurtre de plusieurs personnes mais il demeure silencieux à l'interrogatoire de l'expert à ce sujet. L'expertisé accepte cette fois la prise de sang à laquelle il s'opposait lors de la première expertise. Il collabore avec l'expert en répondant aux questions hormis celles concernant ses projets hétérolytiques. Son authenticité peut être remise en question. M. F. _____ donne l'impression d'avoir appris de l'expérience de la dernière expertise et d'avoir préparé certains éléments pour amplifier l'impression d'être atteint plus gravement qu'il l'est en réalité. Dans ce sens, le fait d'être accompagné par le frère (ce qui n'a pas été vérifié) devrait induire l'expert à croire à une atteinte cognitive significative, ce qui n'a pas du tout été observé en cours d'entretien. Au même titre, l'expertisé indique qu'il n'a pas pu rédiger seul les

- 17 - différents courriers détaillés et fortement argumentés adressés à son assurance, attribuant cette rédaction à son frère. On a l'impression ainsi d'une amplification et d'une exagération de la symptomatologie dans le but de paraître plus malade. 4) Selon vous, quels sont les taux et la durée de l'incapacité de travail? L'incapacité de travail ne diffère pas de juillet 2009. Une capacité de travail a été attribuée à 100% à partir de la mi- août 2009 et demeure toujours valable. En effet, la seule raison de la prétendue décompensation de M. F. _____ semble être le fait que celui-ci se trouvait sollicité de reprendre un emploi ou une formation. Comme le signale l'expertise précédente, l'expertisé n'avait pas l'intention d'adhérer à de telles mesures. L'expertise a d'ailleurs anticipé, citant M. F. _____ lui-même, que celui-ci allait tomber malade trois semaines après une reprise d'un emploi. 5) La thérapie actuelle est-elle optimale ou d'autres mesures thérapeutiques seraient susceptibles d'améliorer l'état de santé et la capacité de travail, par exemple une psychothérapie intensive, un traitement stationnaire ou pharmacologique? Les taux plasmatiques de l'Escitalopram sont de 16 ng/ml et de la S-déméthylcitalopram de 14 ng/ml correspondant à des taux faibles, dans le bas des taux recommandés et plus bas que la moyenne attendue pour la dose. Possible métabolisme rapide et/ou compliance partielle. Il existe ainsi une réserve thérapeutique par le biais d'une amélioration de la compliance ou d'une augmentation de la posologie. L'expertisé bénéficie d'une prise en charge psychiatrique et psychothérapique qui doivent être maintenues pour le soutenir dans le

cadre du processus réhabilitatif. Tenant compte de la rémission thymique et anxieuse, il n'est pas nécessaire en l'état d'augmenter ni de modifier le traitement de Ciprallex. Il est souhaitable que l'expertisé puisse avec le temps baisser la médication hypnotique pour éviter le risque de dépendance. Une reprise d'une activité sportive serait d'ailleurs fortement indiquée chez ce patient grand sportif. La prise en charge psychothérapique hebdomadaire actuelle paraît être d'une fréquence suffisante et on ne constate pas de demande de M. F. _____ de l'intensifier. Elle ne semble pas par ailleurs plus fréquente depuis ce qui a été signalé comme une décompensation nouvelle. Un traitement stationnaire n'est pas indiqué ni demandé. 6) Une autre activité adaptée peut-elle être exigible? Si oui, à quel pourcentage?

- 18 - L'évaluation du mois de juillet 2009 demeure valable à ce jour. L'expertisé peut accéder à un emploi mettant en valeur ses amples connaissances dans le domaine de l'assurance et la prévoyance et il peut également débiter une autre formation si elle est préconisée et acceptée par l'assurance-invalidité. 7) Lors de l'entretien, l'assuré s'est-il montré coopératif? Selon vous, a-t-il exagéré les symptômes? Lors de cet entretien, l'expertisé s'est montré plus coopératif que lors de la première expertise. Il semble d'ailleurs avoir surtout compris les conséquences d'une non-collaboration au niveau de ses droits asséurologiques. Il a aussi accepté, bien que malgré lui, la prise de sang. Il semble que M. F. _____ a essayé de mettre en avant des symptômes nettement plus handicapants et un état plus maladif que dans la réalité. On a l'impression qu'il espérait lors de cette deuxième expertise une conclusion nettement plus favorable par rapport à ses prétentions pour un arrêt de travail complet et durable. Il a paru déçu lorsqu'il a compris que les conclusions de l'expertise ne divergent pas considérablement de celles de juin 2009. M. F. _____ a alors accepté de s'adresser à l'AI pour une évaluation des possibilités réhabilitatives. 8) Quel est votre pronostic? Comme l'indique l'expertise précédente, la réhabilitation de M. F. _____ risque de s'avérer difficile car sa motivation pour ce processus est faible. Il souhaite plutôt être pris en charge et libéré des responsabilités notamment pécuniaires pour un long terme. Après avoir travaillé pendant des années et se sentant exploité et rejeté, il lui paraît approprié que l'assurance l'assume pendant le temps nécessaire lui permettant d'être prêt à faire face à nouveau à la vie. Il est important de définir un cadre clair dans lequel devra se dérouler la réhabilitation de cet expertisé. Avec l'aide de mesures réhabilitatives par l'assurance-chômage et/ou l'assurance-invalidité, il est important d'intervenir au plus vite pour éviter la chronification de cette personne encore jeune qui a su jusqu'à maintenant conserver de bonnes aptitudes au travail. Comme déjà mentionné dans le rapport de juillet, toute modification significative dans la vie affective de l'expertisé (complications en ce qui concerne les enfants, détérioration de la relation avec sa concubine, ...) pourrait perturber l'évolution positive du processus réhabilitatif. En revanche, l'expertisé qui vient d'un milieu où le travail est une valeur essentielle, serait motivé pour une reprise d'un emploi pour ne pas faire face à ses parents en tant qu'invalidé.

- 19 - 9) Quelle est votre appréciation subjective de la situation? Le fonctionnement pendant ces derniers 15 ans de M. F. _____ a été caractérisé par un surinvestissement de ses relations affectives et par la tendance de vouloir sauver ses proches, notamment son ex-épouse en détresse ainsi que ses enfants. M. F. _____ s'est épuisé sous le poids des responsabilités. Il a pu reconstituer sa vie affective avec sa compagne actuelle avec laquelle il a enfin trouvé un havre de paix. Cette situation affective coïncide avec des changements importants dans la vie professionnelle de l'assuré et c'est lorsque le couple semble pouvoir

s'engager dans le mariage que l'état maladif se développe et persiste. On peut ainsi émettre l'hypothèse que la maladie constitue un empêchement inconscient à un retour au fonctionnement antérieur. Sans l'état maladif, M. F. _____ continuerait de fonctionner sur le mode surinvesti et épuisant qu'il a connu pendant de nombreuses années et auquel il ne peut plus faire face dans la situation actuelle. Tenant compte du trouble de la personnalité décompensé chez M. F. _____, notamment de la présence d'une structure limite, il lui est difficile de concevoir la relation sur un mode plus équilibré, un partage des responsabilités avec sa compagne actuelle; il est important qu'il puisse ne pas placer la barre ni trop haute ni trop basse par rapport à ses attentes. » Par courrier du 17 décembre 2009, la défenderesse a confirmé au demandeur sa prise de position quant au fait qu'aucune prestation ne serait plus versée à compter du 23 octobre 2009.

E. 4

Par courrier du 4 février 2010, le demandeur, par l'intermédiaire de son assurance de protection juridique, a transmis à la défenderesse un rapport médical établi le 1er février 2010 par le Dr W. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, après avoir examiné le demandeur les 13 et 26 janvier 2010. La teneur du rapport était la suivante : « Merci de m'avoir adressé pour conseil votre client, en conflit avec son assurance perte de gain. M. F. _____ est donc un homme de 40 ans, séparé et père de trois enfants, agent d'assurance en arrêt de travail depuis juillet 2008. Issu d'un milieu rigide "où l'on ne se parlait pas", M. F. _____ s'est émancipé à 20 ans en épousant une femme qui s'est avérée souffrir de troubles psychiatriques. Le couple a eu quatre filles dont une s'est tragiquement noyée en 1997.

- 20 - Séparé depuis 2004, M. F. _____ a la garde de ses deux cadettes; son aînée, majeure, et souffrant également de troubles psychiques vit actuellement chez sa mère. A la suite d'une relation éphémère, il est également le père d'un enfant reconnu, mais qu'il ne voit pas. Il vit en ménage avec sa nouvelle compagne, elle-même mère de deux enfants. La séparation est conflictuelle: les ex-conjoints se disputent autour de la garde des enfants, au prix de plusieurs expertises, jusqu'alors favorables à M. F. _____, selon ses dires. C'est courant 2008 que votre client voit sa capacité de travail diminuer, en raison de ses difficultés familiales, selon lui. On remarque également que ses résultats brillants en début de carrière se sont nettement détériorés ces dernières années chez ses deux derniers employeurs avant qu'il ne tombe progressivement malade. Son assurance perte de gain, après un an d'arrêt maladie, demande une expertise au Dr M. _____ qui pose les diagnostics suivants: "trouble dépressif majeur, épisode isolé, en rémission partielle, gravité actuelle mineure, non observance du traitement probable dans le cadre d'un trouble de personnalité à traits limite et obsessionnel-compulsif" et conclut à une incapacité de travail de 50% dès le 15 juillet [2009, réd.] et une capacité entière dès le 15 août 2009. L'assurance perte de gain cesse ses versements dès le 22 octobre 2009. A noter que les médecins traitants de l'expertisé reconnaissent à leur patient une incapacité de travail totale courant jusqu'à ce jour. Un complément d'expertise du Dr M. _____ daté de décembre 2009 arrive aux mêmes conclusions que sa précédente expertise (hormis la non-observance du traitement), soit une capacité de travail complète, avec cette fois-ci la constatation d'un état dépressif en rémission complète. On remarque néanmoins que dans ce complément, à la question 9) sur l'appréciation subjective du cas, le Dr M. _____ parle de la "maladie" de l'expertisé comme d'un "empêchement inconscient d'un retour à un fonctionnement antérieur. Sans l'état maladif, M. F. _____ continuerait de fonctionner sur le mode

surinvesti et épuisant qu'il a connu depuis de nombreuses années et auquel il ne peut plus faire face dans la situation actuelle." Donc l'expert parle d'une maladie d'origine inconsciente, c'est-à-dire sans la participation volontaire de l'expertisé, maladie niée dans les diagnostics posés dans son complément d'expertise et qui par ailleurs justifie une incapacité de travail. J'ai vu à deux reprises M. F. _____, les 13 et 26 janvier 2010. Il s'est montré collaborant durant ces entretiens, bien qu'ancré

- 21 - dans son système de défense où son assurance perte de gain (et ex-employeur) joue le rôle du mauvais objet, réclamant reconnaissance des mauvais traitements reçus et justice par le versement des indemnités suspendues. On est frappé par son discours "pro domo" où il doit constamment montrer comment lui-même a toujours fait au mieux en famille comme à son travail, comme s'il devait constamment prouver qu'il est lui, le bon objet sans tache, signant par ce discours même sa fragilité narcissique. Cette position revendicatrice, faite de rage impuissante, côtoie un réel état dépressif: tristesse, troubles du sommeil, perte de concentration, anhédonie, baisse de la libido, idées noires. On constate également un léger ralentissement de la pensée. L'échelle de dépression de Hamilton à 21 items donne un score de 22, compatible pour une dépression modérée (alors que M. F. _____ est au bénéfice d'un traitement de Cipralex à 20mg/j, posologie élevée pour ce médicament). M. F. _____ décrit également un état régressé, passif; il ne s'occupe plus de sa maison et peu de ses enfants, dit ne plus en avoir la force. Diagnostic: Etat dépressif de degré moyen (F 32.1) c/o une personnalité fragile narcissiquement, actuellement décompensée (F 60.8). M. F. _____ paraît donc être un homme fragile narcissiquement qui a construit sa vie sur un mode de dévouement masochique (pour sa femme perturbée et ses enfants, pour son travail) afin de lutter contre une image dévalorisée de lui-même. Ce mode, très coûteux en énergie, a été vraisemblablement ébranlé par le départ de sa femme qui l'a renvoyé, mari trompé, à cette image dévalorisée. Les suites de la séparation, les diverses expertises ont continué à mettre à mal les défenses de M. F. _____ qui s'est figé dans une position revendicatrice le protégeant d'une dévalorisation narcissique encore plus maligne et destructrice. Actuellement, M. F. _____ est "en grève". Je ne pense pas que nous soyons face à une simple attitude caractérielle consciente, mais plutôt en présence d'un homme blessé dont les défenses inconscientes sont mises à mal, face à une rage narcissique difficilement surmontable (en cela, je rejoins les conclusions "subjectives" du Dr M. _____ [recte : M. _____]). Pour ces raisons, je pense que la capacité de travail de M. F. _____ est actuellement nulle. La situation conflictuelle vis-à-vis de l'assurance perte de gain lui permet de garder son attitude de combattant "pour une juste cause". Une solution pour se sortir de cette spirale régressive serait peut-être de trouver un compromis entre votre client et son assurance, par gain de paix, et permettre au sujet de se tourner vers ses propres failles et d'ainsi reprendre en partie à son compte les échecs existentiels de ses dernières années. »

- 22 - Par courrier du 1er mars 2010, la défenderesse a informé le demandeur qu'elle maintenait la position exprimée le 22 juillet 2009, estimant que les constatations du Dr W. _____ n'apportaient pas d'informations nouvelles en ce qui concernait la supposée péjoration de l'état de santé de l'assuré.

E. 5

Par demande du 14 juin 2010, F. _____, par l'intermédiaire de son conseil, a ouvert action contre L. _____ devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, prenant, sous suite de frais et dépens, les conclusions suivantes : « I. F. _____ a droit au versement par L. _____ d'une indemnité journalière de CHF 249.00 (deux cent

quarante-neuf francs suisses) par jour dès le 23 octobre 2009, avec intérêt à 5% l'an dès le 23 octobre 2009. II. L. _____ est débitrice et doit prompt paiement, en mains de F. _____, de la somme de CHF 55'776.00 (cinquante-cinq mille sept cent septante-six francs suisses), avec intérêt à 5% l'an dès le 15 février 2010 (date moyenne). » Le 30 septembre 2010, la défenderesse a conclu dans son mémoire de réponse au rejet de la demande, sous suite de frais et dépens. Dans sa réplique du 10 décembre 2010, le demandeur a confirmé les conclusions prises dans sa demande du 14 juin 2010. Dans sa duplique du 14 avril 2011, la défenderesse a maintenu sa conclusion tendant au rejet de la demande.

E. 6

Le 24 juin 2010, F. _____ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité, parallèlement à la procédure sus-évoquée. Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'Office AI a recueilli des renseignements médicaux auprès des médecins traitants du

- 23 - demandeur, à savoir les Dresses S. _____, psychiatre et psychothérapeute FMH, et Y. _____, médecin général FMH et homéopathe SSMH. Il ressort en particulier du rapport du 30 août 2010 établi par la Dresse S. _____ que le demandeur présentait lors de sa dernière consultation du 9 février 2010 « un état dépressif fluctuant avec des meilleurs jours et des jours où il n'arrivait presque plus à se lever le matin, restait ralenti et fatigué toute la journée sans élan vital et sans motivation ». Ce rapport fait en outre état d'un traitement ambulatoire suivi du 24 septembre 2008 au 9 février 2010, arrêté « par le patient en février 2010 sans aucune explication ».

E. 7

Au regard de la discordance des renseignements émanant des différentes pièces médicales, l'Office AI a confié la réalisation d'une expertise psychiatrique au Dr N. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui s'est entretenu avec le demandeur le 6 juin 2011. Dans son rapport du 4 juillet 2011, ce médecin a retenu les conclusions suivantes : « Appréciation du cas et pronostic Ce qui ressort pendant l'entretien c'est le côté revendicatif et projectif de l'assuré vis-à-vis des assurances. En effet, il estime avoir droit à une reconnaissance sociale concernant ce qu'il appelle « sa maladie », basée notamment sur un sentiment de fatigue et d'épuisement qui l'empêche de travailler selon lui. Bien qu'il se soit montré collaborant pendant l'entretien, l'assuré est resté assez vague face à certaines questions, notamment ses activités journalières. Depuis février 2010, il n'est pas suivi par un psychiatre et il ne prend pas de médicaments psychotropes. L'assuré affirme être triste tout le temps et avoir de la peine à se concentrer alors même qu'il est venu en voiture jusqu'à mon cabinet. Au cours de l'entretien donc, ce qui ressort c'est les traits narcissiques tels que besoin d'être admiré, besoin de

- 24 - reconnaissance, il pense que tout lui est dû, il s'attend sans raison à bénéficier d'un traitement particulièrement favorable et à ce que ses désirs soient automatiquement satisfaits, c'est comme cela qu'on peut comprendre son désir d'être reconnu comme malade et que l'AI lui octroie une rente. Je rejoins les conclusions de l'examen psychiatrique du Dr M. _____ de 2010, dans le sens que l'assuré, après avoir travaillé pendant des années, se sent exploité et rejeté et pense que c'est la société, par le biais de l'AI, qui doit maintenant le maintenir. Les symptômes dépressifs décrits par son psychiatre ne sont plus présents, il reste des signes anxieux et légèrement dépressifs propres au trouble mixte anxiodépressif.

L'assuré a des ressources psychologiques qu'il utilise pour nourrir ses tendances projectives et de reconnaissance sociale de sa maladie, restant ancré dans une position de victimisation. Après examen et étude de votre dossier, je n'ai pas pu mettre en évidence des signes ou de symptômes d'une maladie psychiatrique ou d'un trouble grave de la personnalité qui justifie l'incapacité de travail de l'assuré. Le pronostic reste réservé étant donné l'attitude projective de l'assuré. »

E. 8

Dans un projet de décision du 10 août 2011, l'Office AI a proposé de rejeter la demande de prestations déposée par l'assuré.

E. 9

Par courrier du 21 octobre 2011, complété le 14 février 2012, le demandeur s'est opposé à ce projet de décision, en produisant une expertise réalisée par Dr X. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui s'est entretenu avec le demandeur les 16 et 27 janvier ainsi que le 3 février 2012. Dans son rapport du 6 février 2012, ce médecin a tenu les considérations suivantes : « Affection actuelle F. _____ a été mis au bénéfice d'un arrêt de travail en 2008 en raison d'un état de burn-out. Sur les certificats médicaux qui suivent figurent les diagnostics de dépression majeure et de troubles de la personnalité. En ce qui concerne l'état dépressif l'expertisé signale un premier épisode en 1997 suite au décès de sa deuxième fille âgée de 5 ans. Cet épisode

- 25 - semble évoluer favorablement avec, notamment, l'aide d'un traitement chez la Dresse S. _____, la reprise du travail se fera très rapidement. Cependant son médecin traitant, la Dresse Y. _____, qui le connaît depuis de nombreuses années dira que cette épreuve tragique l'a changé et qu'il présentera depuis lors de multiples plaintes somatiques que la dresse interprète comme des expressions d'une affection profonde et durable. En particulier les troubles du sommeil apparaissent à la suite de l'événement et ne seront jamais réglés malgré les traitements prescrits. L'expertisé signale ensuite la réapparition de symptômes dépressifs vers 2004, liés à la fois aux circonstances très difficiles de la séparation et de la procédure de divorce, au conflit autour du droit de visite, aux problèmes psychologiques apparemment sévères de son ex-femme, aux exigences d'un nouveau travail qui lui demande de s'engager sur des activités en-dehors de son domaine habituel de compétence. Il ressent un vécu de non appartenance au travail, de débordement, de non reconnaissance face aux tergiversations de la Justice de Paix, finalement d'accablement quand il est accusé de violences conjugales (accusations dont il a été blanchi ultérieurement). Malgré son épuisement et sa perte de motivation il cherche auprès d'un nouvel employeur, L. _____, à reprendre courage. Mais à nouveau il ressent épuisement et débordement, il n'ose plus assister aux séances de travail, il ne peut pas répondre aux exigences d'un poste qui lui paraît étranger à son monde, il éprouve une honte de son état et tend à s'isoler.

L'intervention de son médecin traitant met un terme à une situation qui était dépassée apparemment depuis déjà plusieurs mois. Depuis l'arrêt de travail F. _____ a pu se sentir remonter la pente en été 2009, cela lié à un projet de formation en comptabilité soutenu par l'assurance-chômage. Mais la formation n'a pu être poursuivie en raison de l'état d'épuisement. Le sentiment d'humiliation et d'échec généré par l'interruption de la formation, associé aux conflits avec l'assurance perte de gain et avec l'AI, aggrave l'état dépressif. Enfin, la situation de précarité financière met l'expertisé en difficulté et entraîne un retard de paiement auprès de son psychiatre traitant. Celle-ci met fin au traitement en

raison de ce retard, ce que F. _____ vit comme une énième humiliation. L'isolement social devient quasi complet, plus aucune initiative ne paraît possible, plus d'amélioration n'est envisageable pour F. _____. L'état dépressif se chronifie comme l'attestent ses médecins et son entourage. En ce qui concerne les troubles de la personnalité, ceux-ci se manifestent dès l'enfance par ce qu'on peut qualifier de traits de caractères de type narcissique avec une recherche de l'excellence, un besoin de réussite, des objectifs ou des idéaux contraignants à la fois pour soi et pour l'autre. Les troubles

- 26 - sont très vraisemblablement consécutifs à l'environnement familial particulièrement rigide et peu démonstratif, à la fois exigeant et peu reconnaissant des efforts fournis. Les traits de caractère ont sans doute été aggravés d'un sentiment de singularité nourri par une intelligence probablement supérieure à la moyenne qui le plaçait au-dessus de ses camarades d'école. Si les traits de caractère ont partiellement été un moteur dans le début de l'existence, ils ont également été un facteur par moments de difficultés relationnelles voire d'intégration, comme on peut le constater en considérant la trajectoire professionnelle très mouvementée et non exempte de conflits où revient assez fréquemment la notion d'une non satisfaction des exigences de l'expertisé. Pendant un long moment l'expertisé a fait face malgré tout aux difficultés rencontrées mais ce qui aurait pu rester dans le registre d'un fonctionnement individuel, un type de caractère, s'est décompensé à la faveur des pressions et traumatismes extérieurs couplés aux exigences narcissiques de l'excellence. Les traits de caractère, devenus troubles de la personnalité, figurent dans les observations de la plupart des expertises faites récemment où les traits narcissiques sont associés aux traits d'une personnalité borderline. Status Il s'agit d'un homme de 43 ans, faisant son âge, habillé avec soin sans recherche particulière, à l'hygiène correcte. Le faciès est triste et hypomimique, le reste de la gestique est très inhibé. Il parle doucement sur un ton monocorde, la poignée de main est franche, sans excès de force, avec une moiteur perceptible. Le contact est adéquat, réservé, tendu, collaborant dans les limites d'une relative méfiance au début de l'entretien. L'expertisé paraît orienté quant à sa situation, au temps et à l'espace de manière générale. Le discours est cohérent et compréhensible sans trouble du langage objectivé. Les réponses aux questions restent laconiques avec peu d'initiative dans l'échange. Il y a par moments un temps de latence aux réponses. La fatigue est sensible au cours de l'entretien avec un léger ralentissement dans le débit et un appauvrissement des réponses et parfois recherche du mot. La thymie est sur le versant dépressif. Il n'y a pas de signe de la lignée psychotique, pas de trouble formel de la pensée. Si le contenu du discours reste limité aux réponses assez factuelles au début des entretiens, l'évocation des affects reste possible. Cependant l'adéquation idéo-affective est perturbée par une attitude de distance, d'ironie, d'apparente banalisation dans le ton et le choix des mots. C'est ainsi que les plaintes du cortège dépressif sont énumérées presque à regret, comme s'il s'agissait d'une tâche fastidieuse, répétée à la demande de l'examineur, sans signification véritable pour celui qui ne peut entendre. Il en résulte dans un premier temps

- 27 - chez l'examineur un sentiment de rejet face à ce qui est perçu comme une attitude hautaine, voire méprisante. Ce sentiment disparaît au cours des entretiens et laisse la place à l'empathie suscitée par une expression plus authentique des émotions et vécus très éprouvants qu'a dû traverser l'expertisé. Une tendance à la projection est perceptible avec une absence de mise en cause de sa propre personne et une attribution systématique à l'autre des erreurs ou manquements. L'expertisé peut admettre cependant chez lui une tendance à penser qu'il a raison et une difficulté à reconnaître ses torts. Avec la confiance s'installant au

cours des trois entretiens, l'examineur ne se sent pas manipulé ni entraîné au spectacle d'une exagération des symptômes. On éprouve au contraire le sentiment de l'authenticité des souffrances de F._____. Quand il se décrit, l'expertisé dit qu'au cours de sa vie "il a toujours essayé d'être bon, d'aller au bout des choses, d'être performant, il a toujours su ce qu'il voulait et il l'obtenait". Avant de souffrir de dépression il dit avoir été "rigide envers moi-même et les autres", exigeant quant aux valeurs morales de manière générale.

Actuellement il déclare ne pas pouvoir faire face aux conflits ou difficultés interpersonnelles, il "met de côté" et décide de ne "pas voir", ce qui est tout le contraire de sa personnalité, selon lui. Les plaintes de l'expertisé sont multiples: sur le plan dit somatique il signale une perte importante de l'élan vital, de l'envie, de la possibilité d'éprouver du plaisir, une baisse de la libido. Il mentionne la nécessité de passer des jours avant de pouvoir finaliser un projet aussi simple soit-il, il souffre d'épuisement et de fatigabilité importante, de trouble du sommeil avec ruminations épuisantes et difficultés d'endormissement. Sur le plan affectif il signale des sentiments de honte, d'échec, de perte d'espoir, de dévalorisation, de sentiment d'inutilité, d'anxiété liée à l'avenir, de grande difficulté à parler de sa situation à ses proches, de son besoin de s'isoler, d'un sentiment d'être incompris et abandonné. Il a fréquemment des idées noires sans scénario suicidaire mais avec le relatif espoir qu'une maladie mettrait fin à son calvaire. Sur le plan cognitif il se plaint de troubles de la concentration en lien avec une fatigabilité importante, de trouble de la mémoire avec oublis fréquents. Il ne sort pas de chez lui à moins d'être accompagné de sa femme par peur de rencontrer quelqu'un et vit actuellement dans un isolement social quasi complet à part sa propre famille. Il se décrit comme irritable et évitant dans la mesure du possible la plupart des interactions même avec ses proches, il dit répondre "rapidement pour expédier" les choses. Il a le sentiment que toute sa vie lui échappe et qu'il ne contrôle plus rien.

- 28 - Diagnostics - Trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère (F33.2) - Troubles mixtes de la personnalité associant des traits narcissiques et de personnalité de type état limite (F61.0) Discussion Il s'agit donc d'un homme de 43 ans, suisse d'origine, divorcé, remarié et père de cinq enfants dont une fille décédée à l'âge de 5 ans et un garçon reconnu par lui comme son fils mais n'ayant jamais vécu avec, horticulteur et dessinateur-paysagiste de formation, ayant travaillé comme conseiller en assurances jusqu'à son arrêt de travail en 2008 pour état dépressif. Il vit actuellement avec sa deuxième épouse, les deux enfants de celle-ci et deux de ses propres enfants. En litige avec son assurance perte de gain et également avec l'AI qui ne reconnaissent pas l'existence d'une maladie justifiant l'octroi respectivement d'indemnités journalières et de prestations AI, il a été soumis jusque là à deux expertises psychiatriques et à un consilium psychiatrique aboutissant à des conclusions divergentes. La présente expertise est sollicitée par l'intéressé par l'intermédiaire de son conseil. Au terme des investigations réalisées pour cette expertise, les entretiens, l'anamnèse, la lecture des différentes pièces du dossier et l'entretien avec le médecin traitant permettent de poser le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère, et le diagnostic de troubles mixtes de la personnalité. En ce qui concerne l'état dépressif on peut considérer que le premier épisode a été consécutif au décès tragique de sa petite fille en 1997. L'arrêt de travail qui a suivi a été bref mais son médecin traitant qui le suit depuis longtemps estime que l'épreuve l'a durablement changé malgré sa volonté de faire face. L'état dépressif en cours s'est installé, quant à lui, en tous cas dès 2004, il est lié en premier lieu à la situation familiale extraordinairement difficile que l'expertisé traversait: en effet, F._____ devait faire face aux troubles du comportement

de son ex-épouse, son incurie et ses multiples tentatives et hospitalisations et protéger ses enfants de ceux-ci. Pour préciser, les visites de l'ex-épouse ont été soumises d'emblée à un régime de surveillance d'un "point rencontre" et le droit de garde a été attribué à l'expertisé et n'a jamais été contesté. Les procédures de séparation et de divorce ont été grevées, notamment, des oppositions de l'épouse, de la lenteur de la Justice, d'une série impressionnante d'expertises pédo-psychiatriques et d'accusations non fondées de violence. Pendant le temps de cette séparation en 2004 l'expertisé était engagé par une compagnie d'assurances qui lui demandait, selon lui, des

- 29 - activités multiples allant au-delà du domaine qu'il avait développé et alourdissant son agenda au point de ne plus pouvoir satisfaire aux exigences. La fin de son contrat avec cette compagnie voyait déjà en 2004 et 2005 le sentiment chez l'expertisé d'un débordement, d'un manque de motivation, d'une absence d'identification aux objectifs de son employeur. Un changement d'emploi a représenté pour F. _____ l'espoir de retrouver son énergie. Mais à nouveau les conditions de ses nouvelles situations professionnelles restaient difficiles et ont épuisé les ressources adaptatives déjà durement sollicitées de l'expertisé. Celui-ci décrit dans les derniers mois de travail tous les éléments d'un véritable burn-out professionnel compliquant singulièrement la situation personnelle. Enfin, les refus de prestations des assurances perte de gain et de l'AI ont été vécues comme un désaveu humiliant de sa souffrance et ont achevé de précipiter l'expertisé vers la décompensation de l'état dépressif. L'anamnèse dirigée et l'observation mettent en évidence les critères requis par la CIM-10 pour qualifier l'état dépressif de moyen à sévère, selon les fluctuations de ces dernières années. Pour ce qui est des troubles de la personnalité, il convient de rappeler que d'une manière générale ces troubles sont rarement l'objet d'une attention consciente de ceux qui les présentent, ils ne font ainsi pas l'objet d'une plainte, ils ne génèrent pas une souffrance subjective motivant par exemple une aide spécifique. Les troubles de la personnalité s'expriment de manière indirecte, par des difficultés relationnelles par exemple, ou sous-tendent d'autres symptômes, des affects de vide et de dépression le plus souvent. Sur le plan du fonctionnement psychologique on peut considérer que les troubles de la personnalité agissent comme une barrière défensive contre des vécus internes trop pénibles ou trop angoissants. Il en est ainsi de l'expertisé qui a démontré dans sa trajectoire professionnelle précoce d'une relative instabilité et d'une propension au conflit ou à tout le moins au désaccord mais qui a pu consacrer une très grande énergie à ses différentes entreprises et qui a pu en particulier réagir très (trop?) activement au décès tragique de sa fille. Les troubles de la personnalité de l'expertisé, révélés donc en partie par la trajectoire, simples traits de caractères narcissiques au début, n'ont pas été un obstacle trop pesant dans la vie de l'expertisé et ont peut-être même contribué à la réussite professionnelle pendant un certain temps avec des éléments de confiance en soi, de surinvestissement du travail, de déni d'autres difficultés. On peut considérer que la réaction à la perte de son enfant s'est appuyée sur ce système de défense avec un déni partiel de sa souffrance, une fuite en avant, un surinvestissement de son rôle de responsable et de chef de famille aboutissant à une reprise rapide du travail sans

- 30 - pouvoir "métaboliser" plus profondément le traumatisme. Mais les défenses se sont progressivement épuisées, les traits devenant troubles de la personnalité, et la décompensation psychique a abouti à ce que certains cliniciens dénomment "une dépression narcissique" pour décrire cet état particulier d'hémorragie psychique laissant le malade totalement vidé de toute énergie avec une présentation paradoxalement peu "expressive" de

cette dépression. Notons que les troubles de la personnalité sont mis en évidence aussi lors des entretiens avec la tendance à cette présentation "dégagée" de soi-même, le recours à la projection, cette apparente banalisation d'éléments tragiques. On doit comprendre cette manière comme une ultime réaction de défense narcissique face à la situation d'effondrement, cela dans le contexte d'un entretien avec un "étranger". Malgré la présentation clinique de l'expertisé (ou à cause de celle-ci comme on le verra plus loin) les avis médicaux émis précédemment présentent de multiples contradictions: contradictions au sein même de l'expertise (Dr M._____, Dr N._____) ou contradictions entre les expertises et avis (Dr W._____, médecins soignants et autres). Pour les résumer, notons que le Dr M._____ avance des constats à la fois d'une capacité de travail entière et d'absence de maladie psychique tout en parlant de maladie inconsciente empêchant l'expertisé de fonctionner. Il fait la description d'une recherche de prestations tout en attestant de la volonté du sujet de ne pas dépendre des assurances. Ces contradictions ont été relevées en partie par le Dr W._____ qui constate, lui, l'existence de troubles de la personnalité décompensés constituant un obstacle à la capacité de travail. Le Dr N._____ ne voit chez l'expertisé qu'une tendance générale à la revendication et à la recherche de reconnaissance auprès des assurances tout en parlant de troubles de la personnalité (qui en seraient donc la cause?) et même de fatigue et d'épuisement, mais sans répercussion sur la capacité de travail. Le Dr N._____ ne prend pas la peine de donner l'anamnèse ni la description du trouble dont l'expertisé dit souffrir. Les médecins soignants attestent, eux, de l'existence d'un trouble de type dépressif sévère. Les observations faites dans le cadre de cette expertise peuvent expliquer, à notre avis, les contradictions rencontrées. Nous faisons les hypothèses suivantes: a) L'expression de l'état dépressif est soumise au "style" particulier de l'expertisé que lui valent ses traits de personnalité. Une tendance à la banalisation, une pauvreté de l'expressivité émotionnelle, une barrière défensive élevée contre les affects, un vécu d'humiliation, tous ces éléments ne favorisent pas la pleine expression d'un état dépressif qui paraît alors relatif, presque banal, voire simulé. b) Le contact un peu "désengagé", distant, dans les débuts des entretiens peut être pris pour une attitude

- 31 - hautaine et générer une contre-attitude négative chez l'examineur qui tend alors à prendre le parti contraire de l'examiné et à le soupçonner de non-collaboration. Ces problèmes, bien connus et décrits dans la littérature spécialisée, peuvent même affecter ce qui semble à première vue être des données objectives, comme ici l'échelle de dépression de Hamilton qui donne des résultats très différents selon les trois experts (Drs M._____, W._____ et N._____). Pour éviter ces éventuels biais, les "guidelines" pour l'expertise médicale encouragent d'une part à procéder à une anamnèse dirigée pour recenser les symptômes d'une éventuelle psychopathologie et d'autre part à tenir compte des sentiments éprouvés par l'expert pour les discuter, les mettre à la lumière de la situation observée, les utiliser pour une meilleure compréhension et, le cas échéant, en désamorcer les effets d'influence positive ou négative. Conclusion Compte tenu de ce qui précède, nous concluons à la présence effective d'une maladie psychique. Celle-ci est constituée d'un trouble dépressif récurrent actuellement d'intensité moyenne à sévère et de troubles de la personnalité actuellement décompensés. Ces affections psychiatriques entraînent des limitations importantes sous la forme, entre autres, d'un état d'épuisement, de perte d'élan vital, de perte d'espoir, de troubles cognitifs et d'isolement social quasi complet avec difficulté à demander de l'aide. Ces limitations sont un frein à la capacité de travail qui est actuellement nulle, cela depuis au moins 2008. Le pronostic semble réservé, la motivation

pour un traitement psychiatrique, qu'il serait contre-productif d'exiger, est affaiblie comme tout autre projet. »

E. 10

Par courrier du 20 février 2012, le demandeur a fait parvenir aux premiers juges le rapport d'expertise du 6 février 2012 du Dr X._____. Il a relevé que cette expertise confortait ses prétentions à l'égard de la défenderesse, dans la mesure où il existait désormais deux expertises médicales attestant toutes deux de son incapacité totale de travail pour la période considérée. Il convenait par conséquent de donner droit aux conclusions prises dans la demande du 14 juin 2010. Pour le surplus, l'expertise du Dr X._____ ayant été indispensable à l'établissement des faits, les dépens alloués à la charge de la défenderesse devaient inclure le remboursement de la somme de 5'600

- 32 - fr. correspondant aux frais de cette expertise. Le demandeur a ainsi complété ses conclusions de la manière suivantes : « Les dépens alloués à F._____ à la charge de la L._____ incluront la somme de CHF 5'600.00 (cinq mille six cents francs), avec intérêt à 5% l'an dès ce jour, au titre de remboursement des frais d'expertise par F._____ . »

E. 11

Le 7 mai 2012, dans le cadre de la procédure relative à la demande de prestations de l'AI formulée par le demandeur, le Dr Z._____, médecin auprès du Service médical régional (ci-après : SMR), mandaté par l'Office AI en vue de lui apporter son appréciation au sujet de la capacité de travail du recourant sur la base des différentes expertises réalisées, a rendu un avis médical, par lequel il a en particulier relevé ce qui suit : « Sur la base des constatations objectives des psychiatres mentionnés, l'évolution de la capacité de travail de l'assuré est la suivante : 50% le 24.09.2008 (trouble dépressif d'intensité moyenne, trouble de la personnalité pas mentionné par la Dresse S._____) ; 50% en juillet 2009 ; 100% depuis mi-août 2009 (trouble dépressif de gravité mineure, puis en rémission complète, trouble de la personnalité non décompensé, selon l'expertise et le complément d'expertise du Dr M._____) ; 0% en janvier 2010 (état dépressif de degré moyen et décompensation du trouble de la personnalité, selon l'avis du Dr W._____) ; 100% en juillet 2011 (aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail selon l'expertise du Dr N._____) ; 0% en février 2012 (trouble dépressif moyen à sévère et décompensation du trouble de la personnalité, selon l'expertise du Dr X._____). En l'état du dossier et à la lumière des informations médicales objectives dont nous disposons, il n'est pas possible d'établir un calendrier plus précis de l'évolution de la capacité de travail de l'assuré. »

E. 12

Dans un nouveau projet de décision daté du 11 mai 2012, annulant et remplaçant le projet du 10 août 2011, l'Office AI, se fondant sur l'avis médical du SMR du 7 mai 2012, a proposé d'allouer une rente entière d'invalidité pour la période courant du 1er décembre 2010 au 30 septembre 2011, puis à compter du 1er février 2012.

- 33 - Le 15 juin 2012, F._____ a contesté la période d'interruption du droit à la rente, estimant que l'incapacité totale de travail devait être reconnue de manière ininterrompue depuis le 11 juillet 2008. Il a produit à l'appui de sa contestation des certificats médicaux établis par ses médecins traitants durant la période litigieuse, à savoir les Dresses S._____ et Y._____. Les certificats médicaux établis par la Dresse S._____ ont été délivrés les 8 juillet 2009, 23 juillet 2009, 28 septembre 2009, 27 octobre 2009, 28

octobre 2009, 29 novembre 2009, 1er décembre 2009 et 16 décembre 2009, ce dernier certificat faisant état d'une incapacité de travail ininterrompue depuis le 11 juillet 2008 jusqu'au 31 janvier 2010.

E. 13

Dans ses déterminations complémentaires du 25 juin 2012, le demandeur a informé les premiers juges des derniers développements de la procédure en cours devant l'Office AI. Dans des déterminations du 10 juillet 2012, la défenderesse a persisté intégralement dans ses conclusions. Elle a rappelé que, pour justifier son refus d'octroi de prestations, elle s'était fondée sur l'expertise médicale effectuée par Dr M._____, lequel s'était prononcé en deux temps, à savoir non seulement en juin 2009, mais également au début de décembre 2009, soit précisément au moment contesté de la fin du droit de l'assuré à des prestations d'assurance. Ce faisant, une indéniable prééminence devait être donnée à cette double expertise, ce d'autant que l'expertise du Dr X._____ ne datait que de février 2012, soit plus de deux ans après la période litigieuse. La défenderesse émettait par ailleurs plusieurs critiques à l'égard du contenu de l'expertise du Dr X._____, lui reprochant notamment de n'avoir pas pris position sur l'expertise du Dr M._____ et de n'avoir pas motivé de façon satisfaisante le diagnostic de dépression. Cette expertise ne constituait en définitive qu'une nouvelle appréciation médicale, émise qui plus est à une distance beaucoup trop importante du moment litigieux, et sans véritable motivation scientifique. Elle relevait enfin que l'Office AI avait confirmé l'absence d'incapacité de travail à compter du 15 août 2009, tout en reconnaissant

- 34 - magnaniment, en se fondant sur l'expertise du Dr X._____, une incapacité de travail à compter du 1er janvier 2010, ce qui confirmait que la poursuite du versement des indemnités journalières ne se justifiait plus au-delà du 22 octobre 2009.

E. 14

Par courrier du 12 octobre 2012, le demandeur a produit un complément d'expertise établi le 7 octobre 2012 par le Dr X._____, par lequel ce médecin répondait aux critiques émises par la défenderesse à l'égard de son rapport du 6 février 2012 dans ses déterminations du 10 juillet 2012. Il ressort ce qui suit de ce complément d'expertise : « [...] Contrairement à ce qui est dit dans le courrier [ndlr : déterminations de la défenderesse du 10 juillet 2012] de Maître [...] [...] [ndlr : conseil de la défenderesse], j'ai pris position sur l'expertise du Dr M._____. Je peux s'il le faut expliciter plus en détail de la manière suivante : les éléments de son expertise que j'ai fait figurer dans mon rapport montrent l'hésitation constante de l'appréciation du Dr M._____ oscillant entre mauvaise volonté de l'expertisé et maladie authentique sans que le Dr M._____ puisse dire pourquoi il opte pour la première hypothèse. Je reprends donc en partie ce que j'avais relevé dans mon rapport. - Par rapport au refus de la prise de sang de l'expertisé et en l'absence donc d'un taux plasmatique de l'antidépresseur, le Dr M._____ dit « qu'il n'est toutefois pas exclu que malgré ses réticences M. F._____ prenne régulièrement son traitement antidépresseur ou qu'il l'ait pris par le passé ». - Selon le Dr M._____, toute discussion en vue d'une reprise de travail même partielle ou « ébauche de discussion par rapport à une formation rencontre un mur de résistance ainsi qu'une attitude revendicatrice et procédurière de la part de l'expertisé ». Mais l'expert note cependant que « M. F._____ ne souhaite pas fondamentalement devenir rentier de l'AI, ce qui ne correspondrait pas à son éducation et à l'esprit du travail qui lui a été inculqué au sein de sa famille ». - A propos

du score de 9 obtenu à l'échelle de Hamilton (évaluation de la dépression par questionnaire) apparemment en discordance avec le score de 26 obtenu à la BDI (Beck Depression Inventory, auto-questionnaire), le Dr M._____ commente en relevant que « ce résultat peut signaler d'une part un degré de souffrance important mais il peut aussi être interprété comme une tentative d'amplifier

- 35 - les symptômes dans le but de saboter toute attribution d'une capacité de travail quelconque ». - Dans son observation le Dr M._____ conclut par « son impression d'une amplification et d'une exagération de la symptomatologie dans le but de paraître plus malade ». Plus loin l'expert rappelle cependant que « l'expertisé qui vient d'un milieu où le travail est une valeur essentielle, serait motivé pour une reprise d'emploi pour ne pas faire face à ses parents en tant qu'invalidé ». Cette indétermination aboutit au résultat totalement contradictoire des conclusions du complément d'expertise du dr M._____ qui d'une part ne retient pas de diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail et d'autre part dit que « l'on peut ainsi émettre l'hypothèse que la maladie constitue un empêchement inconscient à un retour au fonctionnement antérieur. Sans l'état maladif, M. F._____ continuerait de fonctionner sur le mode surinvesti et épuisant qu'il a connu pendant de nombreuses années (...) ». A mon sens, cette contradiction quand même fondamentale suffit à mettre en doute toute conviction qui devrait se fonder sur ces conclusions. Maître [...] dans ses griefs à l'encontre de mon rapport me reproche de « n'en être resté qu'au stade des hypothèses » (remarquons à titre anecdotique que la citation précédente du dr M._____ le voit faire de même) à propos de mes critiques des autres expertises. Les hypothèses que je formule en effet tendent à expliquer pourquoi certains experts arrivent aux conclusions proches de la simulation. Ces hypothèses ont pour objectif ainsi de comprendre ce qui s'est passé entre l'expertisé et certains experts, peut-être influencés par leur contre-attitude négative à l'égard de l'expertisé. L'honnêteté intellectuelle veut en effet que l'on présente ce type de réflexion comme des hypothèses. Par contre, contrairement à ce qui est avancé par Maître [...], j'ai clairement examiné et énuméré les signes et symptômes de l'état dépressif et je renvoie à mon rapport [...]. Enfin, je note que la décision de l'AI a été dans le sens de [...]; on peut douter que cette décision se soit fondée sur une « magnanimité », qualité que l'on n'a pas l'habitude d'attribuer aux offices AI. [...] En conclusion, les griefs formulés à l'encontre de mon rapport sont infondés et trouvent leurs réponses dans mon texte que je reprends simplement sans qu'il ait fallu revoir l'expertisé. [...] »

- 36 -

E. 15

Par ses déterminations du 7 janvier 2013, la défenderesse s'est interrogée sur les liens particuliers entre la représentante du demandeur et le Dr X._____. Elle a également rappelé la plus grande proximité temporelle de l'estimation de la capacité de travail faite par le Dr M._____, ce qui permettait de lui donner une valeur prépondérante, élément particulièrement important lorsqu'il convenait de juger d'une capacité de travail sur le plan psychique. En se prononçant plus de deux ans après les faits, le Dr X._____ en était réduit à des conjectures. Au vu de ces éléments, la défenderesse ne pouvait que persister intégralement dans ses conclusions et se référer à ses précédentes écritures. Elle suggérait néanmoins, à l'instar de ce qu'avait fait la demanderesse, d'interpeller les Drs M._____ et N._____. Le demandeur et la défenderesse se sont déterminés une nouvelle fois respectivement le 11 février et le 22 avril 2013.

E. 16

Le 11 mars 2014, le Dr Z._____ a apporté des explications complémentaires, qui avaient été requises par l'Office AI dans l'optique de préciser, sur la base d'un questionnaire, les constatations de son avis médical du 7 mai 2012. Le Dr Z._____ relève en particulier ce qui suit : « Le SMR suit par l'exemple l'avis du Dr X._____ depuis la date de son expertise (...) pourquoi être d'accord avec l'expert X._____ depuis février 2012 mais pas pour la période allant de 2008 à février 2012 ? Réponse : Le SMR ne suit pas l'avis du Dr X._____ depuis février 2012 mais « en février 2012 ». L'expert a examiné l'assuré en février 2012. Son status est correct, la pose de diagnostic qui en découle également. L'IT [ndlr : l'incapacité de travail] de février 2012 est médicalement justifiée, car elle est basée sur les faits médicaux objectifs mentionnés dans le status. Nous ne pouvons pas suivre le Dr X._____ en dehors de cette période, car il n'a pas examiné l'assuré auparavant, en particulier en 2008, et que nous disposons des autres documents médicaux cités dans l'avis SMR du 07.05.2012. Ces documents médicaux décrivent des status (qui sont les constatations médicales objectives au moment de l'examen de l'assuré par le spécialiste) que nous ne pouvons contester, car ils sont corrects du point de vue médical.

- 37 - Le SMR suit par ailleurs l'avis du Dr N._____ depuis juillet 2011 jusqu'en février 2012, mais ne le suit pas pour la période 2008 à juillet 2011. Pourquoi ? Réponse : le SMR ne suit pas l'avis du Dr N._____ depuis juillet 2011 jusqu'en février 2012, mais « en juillet 2011 ». Pourquoi se référer à l'avis du Dr W._____ qui retient une IT totale entre janvier 2010 et juillet 2011 alors que le Dr N._____ ne retient aucune IT pour cette période ? Réponse : Le SMR ne parle pas d'IT de juillet 2011 à février 2012. L'avis médical du 07.05.2012 retient une IT de 100% « en janvier 2010 » [...]. »

E. 17

Dans un nouveau projet de décision daté du 6 mai 2014, annulant et remplaçant celui du 11 mai 2012, l'Office AI a proposé de rejeter la demande de prestations formulée le 24 juin 2010 par le demandeur, relevant en particulier ce qui suit : « L'avis SMR (sic) sur lequel repose notre projet de décision ne peut être suivi dans la mesure où il ne choisit pas quel avis médical il convient de privilégier au détriment des autres. Il ressort du jugement du TCA [ndlr : Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal] du 11 mars 2014 que nous a communiqué la compagnie d'assurances L._____ en date du 11 avril 2014, que l'avis du Dr W._____ et l'expertise du Dr X._____ ne sont pas convaincants. Le tribunal privilégie l'avis des experts M._____ et N._____ et estime ainsi que Monsieur F._____ a récupéré une pleine capacité de travail dans toute activité depuis la mi-août 2009. Nous estimons que notre position doit être modifiée dans le même sens. »

E. 18

Par courrier du 13 juin 2014, le demandeur a fait part de ses objections à l'encontre du projet de décision précitée, concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, subsidiairement à l'annulation du projet de décision du 6 mai 2014 et à la confirmation du projet de décision du 11 mai 2012.

- 38 -

E. 19

Par décision du 23 octobre 2014, conforme au projet du 6 mai 2014, l'Office AI a rejeté la demande de prestations AI formulée par le demandeur le 24 juin 2010.

E. 20

Par acte du 27 novembre 2014 déposé devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, le demandeur a formé un recours contre cette décision. En droit : 1. a) Le jugement entrepris a été communiqué le 28 mars 2014, de sorte que les voies de droit sont régies par le CPC (Code de procédure civile suisse du 19 décembre 2008, RS 271), entré en vigueur le 1er janvier 2011 (art. 405 al. 1 CPC). Le CPC s'applique aux litiges en matière d'assurance complémentaire à l'assurance-maladie sociale, que ceux-ci soient soumis à la juridiction civile ou qu'ils restent de la compétence d'un tribunal des assurances (art. 7 CPC; Ruetschi, Sutter- Somm/Hasenböhler/Leuenberger (édit.), *Kommentar zur Schweizerischen Zivil-prozessordnung [ZPO]*, 2010, n. 15 ad art. 7 CPC). b) Dans un arrêt du 7 juin 2011 (publié in JT 2011 III 143 ; cf. aussi CACI 21 mars 2013/163 c. 1b), la Cour de céans a admis la recevabilité d'un appel à la Cour d'appel civile contre les jugements en matière d'assurances complémentaires à l'assurance-maladie rendus par la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, dans les cas où la procédure avait été introduite avant le 1er janvier 2011 et le jugement rendu après cette date. Elle a ainsi fait prévaloir le principe constitutionnel de la double instance (art. 129 Cst-VD [Constitution du 14 avril 2003 du Canton de Vaud, RSV 101.01]) sur celui de la prohibition du recours horizontal entre juridictions du même rang. Ce recours horizontal est purement transitoire : il concerne les jugements communiqués après le 1er janvier 2011 dans des procédures ouvertes avant cette date. Depuis le 1er janvier 2011, les litiges en la matière sont soumis à la juridiction civile ordinaire *ratione valoris* (juge de paix, président de tribunal

- 39 - d'arrondissement, tribunal d'arrondissement ou Chambre patrimoniale cantonale) et pourront faire l'objet d'un appel qui sera adressé, selon la valeur litigieuse, à la Chambre des recours civile ou à la Cour d'appel civile (cf. note de Jean-Luc Colombini, in JT 2011 III 145 s.). c) L'appel est recevable contre les décisions finales de première instance (art. 308 al. 1 let. a CPC), dans les causes patrimoniales dont la valeur litigieuse est de 10'000 fr. au moins (art. 308 al. 2 CPC). Le délai pour l'introduction de l'appel est de trente jours à compter de la notification de la décision motivée (art. 311 al. 1 CPC). Formé en temps utile et portant sur des conclusions qui sont supérieures à 10'000 fr., l'appel est recevable à la forme. 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). Le motif de la constatation inexacte des faits mentionnée à l'art. 310 let. b CPC habilite l'instance supérieure à revoir les faits sans restriction, ce qui découle de la nature ordinaire de la voie devant l'instance supérieure. En d'autres termes, l'instance d'appel – sous réserve de ce que lui impose la maxime des débats lorsqu'elle s'applique – n'est nullement liée par l'appréciation des faits à laquelle s'est livré le juge de première instance (Jeandin, *op. cit.*, n. 6 ad art. 310 CPC). 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 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

- 40 - 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). b) En l'espèce, l'appelant requiert à titre de mesures d'instruction complémentaires la mise en œuvre d'une expertise judiciaire « aux fins de déterminer quelle a été l'incapacité de travail subie par F. _____ pour la période du 23 octobre 2009 au 4 juin 2010 », l'audition de deux témoins, à savoir les Drs W. _____ et S. _____, ainsi que la production du dossier complet constitué par l'Office AI sur sa personne. Il requiert en outre que l'état de fait soit complété de la teneur du complément d'expertise établi par le Dr X. _____ le 7 octobre 2012, dès lors que les premiers juges l'auraient ignoré. Il n'y a pas lieu de donner suite à la réquisition tendant à l'audition des deux témoins, réquisition déjà formulée en première instance, dès lors que ce moyen de preuve n'est pas nouveau et, au demeurant, pas à même de modifier l'appréciation du tribunal, qui est déjà en possession de deux rapports, émanant des témoins cités. L'appelant ne dénonce par ailleurs aucune violation du droit à la preuve en lien avec le refus des premiers juges d'administrer ce moyen. Il ne sera pas davantage donné suite à la requête tendant à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, qui ne saurait, compte tenu du temps écoulé, permettre d'établir plus précisément la capacité de travail durant la période litigieuse. En revanche, la requête de l'appelant tendant à la production du dossier constitué par l'Office AI sur sa personne a été admise et l'état de fait complété par les pièces versées à ce dossier en tant qu'elles étaient pertinentes, les parties ayant eu l'occasion d'en prendre connaissance et de se déterminer.

- 41 - Enfin, l'état de fait a été complété dans le sens requis par l'appelant en y intégrant le complément d'expertise réalisé le 7 octobre 2012 par le Dr X. _____. Cela étant, on ne saurait reprocher aux premiers juges d'avoir simplement ignoré ce complément d'expertise, dès lors qu'ils ont exposé que « contrairement à ce que relève le docteur X. _____ dans son expertise du 6 février 2012 et son complément du 7 octobre 2012, on ne saurait voir la présence dans les expertises du Dr M. _____ de contradictions, mais bien plutôt l'expression de toute la difficulté qu'il y a à appréhender la situation particulièrement complexe du demandeur » (jugement entrepris, p. 31). 3. a) L'appelant soutient que les premiers juges sont allés, dans leur examen du droit aux prestations, au-delà de l'exigence de l'incapacité de travail découlant de la LCA et des CGA applicables, en y intégrant des contraintes typiques du droit des assurances sociales, qui conduiraient davantage à évaluer l'incapacité de gain que l'incapacité de travail, étant précisé que les CGA applicables se réfèrent à la seule incapacité de travail. Pour l'intimée, rien ne permettrait de retenir que les premiers juges auraient méconnu la notion d'incapacité de travail, dès lors que le fardeau de la preuve reposerait sur les épaules de l'appelant et qu'il était logique que l'intimée le soumette à une expertise médicale et à d'autres mesures telles qu'une prise de sang. b) Les assurances complémentaires pratiquées par les caisses- maladies en plus de l'assurance-maladie sociale relèvent du droit privé. Elles sont régies par la législation civile fédérale, notamment par la LCA, 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). L'assurance d'indemnités journalières tombe sous le coup de l'art. 88 al. 1 LCA (Ileri, Basler Kommentar, 2001, n. 7 ad art. 88 LCA). Pour évaluer l'incapacité de travail, il faut se référer à une notion abstraite de l'incapacité à exercer une activité lucrative, selon des critères médicaux,

- 42 - du moins dans la mesure où le contrat ne se réfère pas à une estimation concrète de l'incapacité de travail. L'incapacité est mesurée de façon générale et abstraite, et sans égard à une profession particulière, à moins que les CGA ne le prévoient expressément (Carré, Loi fédérale sur le contrat d'assurance, 2000, pp. 441-442 ad art. 88 LCA ; ATF 127 III 100 c. 2a). Il incombe à l'assuré de prouver l'existence d'un contrat d'assurance couvrant le sinistre allégué, la survenance du sinistre et l'étendue de sa prestation (ATF 130 III 321 c. 3.1). Aux termes de l'art. 61 LCA, l'ayant droit est obligé, lors d'un sinistre, de faire tout ce qui est possible pour restreindre le dommage (al. 1). Si l'ayant droit contrevient à cette obligation d'une manière inexcusable, l'assureur peut réduire l'indemnité au montant auquel elle serait ramenée si l'obligation avait été remplie (al. 2). Dans le domaine de l'assurance des indemnités journalières, cette obligation de réduire son dommage peut impliquer l'obligation pour l'assuré de changer d'activité professionnelle, si cela peut être raisonnablement exigé de lui. A cet égard, un délai d'adaptation approprié doit être accordé à l'assuré pour s'accommoder aux nouvelles conditions ainsi que pour trouver un emploi ; en règle générale, un délai de trois à cinq mois doit être considéré comme adéquat (ATF 133 III 527 c. 3.2.1 ; TF 4A_529/2012 du 31 janvier 2013 c. 2.3). Cette obligation rejoint celle applicable en matière d'assurances sociales et implicitement contenue à l'art. 6 LPGA (loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 ; RS 830.1), disposition selon laquelle est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir, dans sa profession ou son domaine d'activité, le travail qui peut être raisonnablement exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique ; en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

- 43 - S'agissant précisément de l'état psychique maladif, le Tribunal fédéral a précisé que les diminutions de la capacité de travail que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ne sont pas considérées comme des conséquences d'un état psychique maladif ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Il convient de se demander dans quelle mesure la mise à profit de la capacité de travail de l'assuré peut encore être raisonnablement exigée de lui, voire si elle est encore supportable pour la société (ATF 127 V 294 c. 4c). c) En l'espèce, les CGA applicables prévoient une couverture d'assurance pour « l'incapacité de travail constatée par un médecin » (art. 9 let. a CGA) due à une maladie, laquelle est définie par les mêmes CGA comme « toute altération involontaire de la santé pouvant être constatée par le médecin, qui nécessite un traitement médical et qui n'est pas la conséquence d'un accident ou de ses suites » (art. 2 let. a CGA). Vu la notion très large utilisée dans les CGA, il convient de retenir que sont visées les atteintes à la santé, tant physique que psychique. Il n'y a dès lors pas lieu de se référer à la notion d'incapacité de gain. Cela dit, il convient de tenir compte du fait que l'assurance perte de gain journalière est destinée à couvrir l'incapacité de travail pendant une période limitée à 730 jours (art. 9 let. c CGA). A cet égard, il n'est pas critiquable de s'inspirer, comme l'ont fait les premiers juges, de la notion d'incapacité de travail selon l'art. 6 LPGA, dès lors que l'obligation contenue dans cette disposition rejoint celle de réduire le dommage découlant de l'art. 61 LCA. Il s'agit dès lors de déterminer, notamment au travers des expertises et avis médicaux établis sur sa personne, si l'appelant a apporté la preuve d'une incapacité de travail due à une altération involontaire de sa santé, l'empêchant de mener une activité lucrative, cas échéant après un délai d'adaptation suffisant.

- 44 - 4. a) L'appelant soutient que les premiers juges ne pouvaient pas considérer que les conclusions des deux expertises réalisées à son initiative n'étaient pas convaincantes, au contraire de celles effectuées à l'initiative de l'intimée. Ce faisant, ils auraient écarté sans motif les contradictions relevées par le Dr X. _____ s'agissant des expertises effectuées par les Drs M. _____ et N. _____. Pour l'intimée, il n'y aurait pas lieu de tenir compte de l'avis exprimé par le Dr X. _____, en particulier dès lors qu'il n'apporterait qu'une opinion divergente et empathique émise plusieurs années après le moment litigieux. Reprenant l'avis médical du SMR (Dr Z. _____) du 7 mai 2012 et ses explications complémentaires du 11 mars 2014, il conviendrait pour elle de se fonder sur les expertises ayant été réalisées au momentum litigieux. b) S'agissant de l'appréciation des preuves et en particulier des rapports médicaux dans un litige portant sur des assurances complémentaires à la LAMal, on peut se référer à la jurisprudence rendue par les cours de droit social du Tribunal fédéral (CACI 21 mars 2013/163 c. 3b/bb). Selon le Tribunal fédéral, le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Le degré de preuve requis ne doit pas être absolu. Le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 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).

- 45 - 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 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).

- 46 - 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 confidents 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 citées ; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 c. 3.2 ; TF 9C_91/2008 du 30 septembre 2008). c) En l'espèce, l'incapacité de travail litigieuse de l'appelant a fait l'objet d'expertises et d'avis médicaux divergents, certains spécialistes exposant des motifs contradictoires, d'autres hésitant ou revenant sur leur position initiale. Au regard de sa motivation, la décision du 23 octobre 2014, par laquelle l'Office AI a rejeté la demande de prestations de l'appelant, n'est pas relevante, dès lors qu'elle se réfère expressément à la motivation du jugement entrepris, lequel fait précisément l'objet du présent litige. Cette décision n'est d'ailleurs pas définitive puisqu'elle a fait l'objet d'un recours – actuellement pendant. Dans ses déterminations du 12 décembre 2014, l'intimée se réfère, dans l'optique de souligner que le momentum de l'expertise revêt un aspect probant déterminant, à l'avis médical du Dr Z._____ (SMR) du 7 mai 2012 ainsi qu'à ses explications du 11 mars 2014. Pour l'année 2010, le Dr Z._____ a clairement posé une capacité de travail de 0% en janvier 2010, référence faite à l'avis du Dr W._____. Dans ses explications du 11 mars 2014, le même Dr Z._____

- 47 - a expliqué les raisons pour lesquelles tel avis a été suivi à tel moment, ce qui paraît pertinent au regard de l'évolution fluctuante de l'état de santé de l'intéressé. Si l'on suit le point de vue du Dr Z._____, seuls sont pertinents les avis relatifs au taux de capacité de travail émis à la suite de consultations effectuées au moment litigieux. Tel n'est dès lors pas le cas de l'expertise du Dr N._____ du 4 juillet 2011, qui s'est entretenu avec l'appelant le 6 juin 2011, ni de celle du Dr X._____ du 6 février 2012, dont les consultations ont eu lieu les 16 et 27 janvier et 3 février 2012. Le Dr M._____ a examiné l'appelant le 9 juin 2009, puis le 3 décembre 2009, soit durant la période de l'incapacité de travail litigieuse – à tout le moins en ce qui concerne la seconde consultation –, ce qui n'est pas le cas de tous les experts. Cette expertise a toutefois été élaborée à l'initiative de l'intimée et son contenu apparaît par ailleurs en contradiction avec une autre expertise, pleinement réalisée en cours de période considérée. En effet, l'expertise du Dr W._____ du 1er février 2010, réalisée à l'initiative de l'appelant, va en sens contraire de celle du Dr M._____ en indiquant que « pour ces raisons, je pense que la capacité de travail de M. F._____ est actuellement nulle ». Il sied encore de relever que le Dr X._____, dont les expertises sont postérieures à la période litigieuse, parle d'hésitation constante de l'appréciation du Dr M._____ qui « oscille entre mauvaise volonté de l'expertisé et maladie authentique ». Ce point de vue critique, qui met en lumière la difficulté de trancher dans ce dossier, ne saurait être écarté pour une raison chronologique, puisqu'il n'a pas trait à la capacité de travail de l'appelant. Dans ce dédale d'avis contradictoires, ceux des Dresses S._____ et Y._____, qui ont suivi de manière régulière l'appelant, attestent, par le biais de certificats médicaux établis

entre le 8 juillet et le 16 décembre 2009 et de manière nullement contradictoire, d'une incapacité totale de travail, de manière continue pour la période considérée, plus précisément pour une partie de celle-ci. On comprend en outre, à la lecture du rapport de la Dresse S. _____ du 30 août 2010, que l'appelant présentait un état dépressif

- 48 - fluctuant avec des jours meilleurs et des jours où il n'arrivait presque plus à se lever le matin, restait ralenti et fatigué toute la journée sans élan vital et sans motivation. Ce paramètre peut être à même d'expliquer les nombreuses contradictions apparaissant dans les avis médicaux donnés dans ce dossier, leur résultat pouvant ainsi être ponctuellement différencié. Les circonstances propres au cas d'espèce imposent d'accorder aux nombreux certificats médicaux établis régulièrement une force prépondérante accrue, ce à plus forte raison qu'ils ne sont pas contredits de manière tranchée par les éléments figurant au dossier pris dans leur ensemble. On remarque ainsi que, pour la période de mi-août 2009 à décembre 2009, l'expertise du Dr M. _____ s'oppose aux nombreux certificats médicaux produits. Pour l'année 2010, l'expertise du Dr W. _____ est confortée par les certificats médicaux produits, certificats qui corroborent du reste ceux établis en 2009. Il s'agit là d'éléments d'appréciation parmi d'autres, qui plaident en faveur d'une incapacité de travail durant la période considérée. A cela s'ajoute que les critères sélectifs posés par les premiers juges sont inadaptés. Il est à cet égard rappelé que le juge 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 traitement ambulatoire suivi par l'appelant auprès de la Dresse S. _____ a été interrompu le 9 février 2010, sans que celle-ci n'obtienne d'indication supplémentaire. Au-delà de cette date, on ne dispose plus de certificat d'incapacité de la part de ce spécialiste. Ainsi, en résumé, pour la période du 23 octobre 2009 au 9 février 2010, il n'existe pas de raison particulière de suivre unilatéralement les conclusions du Dr M. _____ – qui ne concernent du reste que l'année 2009 – au détriment du contenu des divers certificats médicaux établis par les Dresses S. _____ et Y. _____ figurant au dossier et, pour l'année 2010, du contenu des expertises réalisées par le

- 49 - Dr W. _____, suivi par Z. _____. Il convient dès lors de retenir, sous l'angle de la vraisemblance prépondérante, que l'incapacité de travail de l'appelant durant cette période était totale. L'incapacité de travail de l'appelant pour la période postérieure au 9 février 2010 n'est en revanche pas établie à satisfaction, dès lors que l'on ne dispose plus à partir de cette date de certificats médicaux établis par la Dresse S. _____, que l'expertise du Dr W. _____, réalisée le 1er février 2010, est fondée sur des consultations ayant eu lieu en janvier 2010 et que les certificats de la Dresse Y. _____ concernant la période postérieure sont très sommaires et se réfèrent au suivi de la Dresse S. _____. Compte tenu de ce qui précède, l'appelant a droit à une indemnité pour perte de gain portant sur 110 jours indemnisés quotidiennement à hauteur de 249 fr., soit 27'390 fr., le départ de l'intérêt, au taux de 5% l'an, devant être fixé au 16 décembre 2009, date moyenne de la période d'indemnisation. 5. En définitive, l'appel doit être partiellement admis. Il doit ainsi être statué à nouveau en ce sens que L. _____ est la débitrice de F. _____ de la somme de 27'390 fr. avec intérêt à 5% l'an dès le 16 décembre 2009. Il n'est pas perçu de frais de justice pour la procédure de première instance et, compte tenu de l'admission partielle de la demande, les dépens de première instance sont compensés. 6. Conformément à l'art. 114 let. e CPC, l'arrêt sera rendu sans frais judiciaires de deuxième instance. Compte tenu de l'admission partielle de l'appel, les dépens de deuxième instance seront compensés (art. 106

al. 2 CPC).

- 50 -

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