

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Jugement du 11 mars 2014

---

Présidence de        Mme    DESSAUX  
Juges        :        MM. Piguët, juge suppléant, et Monod, assesseur  
Greffier        :        M. Addor

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

**X.**\_\_\_\_\_, à Ecublens (VD), demandeur, représenté par Me Corinne Monnard Séchaud, avocate à Lausanne,

et

**COMPAGNIE D'ASSURANCES G.**\_\_\_\_\_ **SA**, à J.\_\_\_\_\_, défenderesse, représentée par Me Didier Elsig, avocat à Lausanne.

---

**Art. 12 al. 3 LAMal ; 106 ss LPA-VD**

## **E n f a i t :**

**A.**           **a)** X. \_\_\_\_\_ a été engagé à compter du 1<sup>er</sup> décembre 2007 par la Compagnie d'Assurances G. \_\_\_\_\_ SA en qualité de conseiller en assurances. Il a été licencié le 23 juin 2008 avec effet au 31 juillet 2008.

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, il a été déclaré par son médecin traitant, la doctoresse E. \_\_\_\_\_, en incapacité de travail à compter du 11 juillet 2008. Au bénéfice d'une 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) auprès de la Compagnie d'Assurances G. \_\_\_\_\_ SA, il s'est vu allouer, après le délai d'attente contractuel de 180 jours, des indemnités journalières.

**b)** L'incapacité de travail se poursuivant, la Compagnie d'Assurances G. \_\_\_\_\_ SA a fait examiner l'assuré par le docteur D. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport d'expertise du 2 juillet 2009, il a retenu les conclusions suivantes :

### **« 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'Escitalopram 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 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 la Compagnie d'Assurances G. \_\_\_\_\_ SA 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. X. \_\_\_\_\_ 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 qu'il parvient selon ses dires à arrêter parfois pendant une semaine entière.

M. X. \_\_\_\_\_ 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 la Compagnie d'Assurances G. \_\_\_\_\_ SA, 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. X. \_\_\_\_\_ 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.

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 asséculologique n'est plus adapté à ses capacités. Le monde des assurances est considéré comme trop mercantile et M. X. \_\_\_\_\_ 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. X. \_\_\_\_\_ 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.

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. X. \_\_\_\_\_ 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. X. \_\_\_\_\_ 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 Cipralex. 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 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. X. \_\_\_\_\_ 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. X. \_\_\_\_\_ s'est montré très revendicateur envers la Compagnie d'Assurances G. \_\_\_\_\_ SA 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 la Compagnie d'Assurances G. \_\_\_\_\_ SA. 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.

**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 sinistrosique. 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. X. \_\_\_\_\_ 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. X. \_\_\_\_\_ a dû se consacrer 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 2<sup>ème</sup> 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 2<sup>ème</sup> 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. X. \_\_\_\_\_. 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 la Compagnie d'Assurances V. \_\_\_\_\_ dans un premier temps est un échec et l'expertisé ne parvient pas à réaliser ses ambitions lorsqu'il quitte cette assurance pour la Compagnie d'Assurances G. \_\_\_\_\_ SA. Auprès 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 2<sup>ème</sup> 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 1<sup>ère</sup> 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 2<sup>ème</sup> 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 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 2<sup>ème</sup> 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 la Compagnie d'Assurances G. \_\_\_\_\_ SA. 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 suivant, la Compagnie d'Assurances G. \_\_\_\_\_ SA a informé l'assuré 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.

**c)** X. \_\_\_\_\_ s'est opposé au prononcé de l'assurance, en 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 doctoresse K. \_\_\_\_\_, dont il ressortait que l'état de santé de l'assuré s'était à nouveau dégradé depuis deux mois ; qu'il souffrait 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, la Compagnie d'Assurances G. \_\_\_\_\_ SA a demandé au docteur D. \_\_\_\_\_ de réexaminer l'assuré. Dans son rapport du 10 décembre 2009, ce médecin a fait les observations suivantes :

### **1) Affection actuelle**

Mon rapport d'expertise du 2 juillet 2009 résume l'anamnèse jusqu'au 9 juin 2009, date à laquelle M. X. \_\_\_\_\_ m'a consulté.

Pas grand-chose n'a changé dans la vie de M. X. \_\_\_\_\_ 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 M. X. \_\_\_\_\_ vont plutôt bien et il n'a pas eu de contact ni avec sa fille de 18 ans, ni avec son fils. M. X. \_\_\_\_\_ 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 la Compagnie d'Assurances G. \_\_\_\_\_ SA 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 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. X. \_\_\_\_\_ 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. X. \_\_\_\_\_ estime toujours être victime d'un comportement injuste de la part de la Compagnie d'Assurances G. \_\_\_\_\_ SA 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 la Compagnie d'Assurances G. \_\_\_\_\_ SA

Echec dans l'emploi auprès de la Compagnie d'Assurances V. \_\_\_\_\_

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.

**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. X. \_\_\_\_\_ 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 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. X. \_\_\_\_\_ 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. X. \_\_\_\_\_ 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. X. \_\_\_\_\_ 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 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. X.\_\_\_\_\_ 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. X.\_\_\_\_\_ 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 Cipralext. 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. X.\_\_\_\_\_ 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?**

L'évaluation du mois de juillet 2009 demeure valable à ce jour. L'expertisé peut accéder à un emploi mettant en valeur ses amplies 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 asséculo-logiques. Il a aussi accepté, bien que malgré lui, la prise de sang. Il semble que M. X. \_\_\_\_\_ 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. X. \_\_\_\_\_ 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. X. \_\_\_\_\_ 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.

### **9) Quelle est votre appréciation subjective de la situation?**

Le fonctionnement pendant ces derniers 15 ans de M. X. \_\_\_\_\_ 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. X. \_\_\_\_\_ 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. X. \_\_\_\_\_ 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. X. \_\_\_\_\_, 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 Compagnie d'Assurances G. \_\_\_\_\_ SA a confirmé à l'assuré sa position, à savoir qu'aucune prestation ne serait plus versée à compter du 23 octobre 2009.

**d)** Par courrier du 4 février 2010, l'assurance de protection juridique de l'assuré a transmis à la Compagnie d'Assurances G. \_\_\_\_\_ SA un rapport médical établi le 1<sup>er</sup> février 2010 par le docteur M. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, dont la teneur était la suivante :

« Merci de m'avoir adressé pour conseil votre client, en conflit avec son assurance perte de gain. M. X. \_\_\_\_\_ 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. X. \_\_\_\_\_ 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. Séparé depuis 2004, M. X. \_\_\_\_\_ 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. X. \_\_\_\_\_, 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 D. \_\_\_\_\_ 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 D. \_\_\_\_\_ 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 D. \_\_\_\_\_ parle de la "maladie" de l'expertisé comme d'un "empêchement inconscient d'un retour à un fonctionnement antérieur. Sans l'état maladif, M. X. \_\_\_\_\_ 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. X. \_\_\_\_\_, les 13 et 26 janvier 2010. Il s'est montré collaborant durant ces entretiens, bien qu'ancré 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 tâche, 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. X. \_\_\_\_\_ est au bénéfice d'un traitement de Cipralex à 20mg/j, posologie élevée pour ce médicament). M. X. \_\_\_\_\_ 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. X. \_\_\_\_\_ 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. X. \_\_\_\_\_ qui s'est figé dans une position revendicatrice le protégeant d'une dévalorisation narcissique encore plus maligne et destructrice. Actuellement, M. X. \_\_\_\_\_ 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 D.\_\_\_\_\_. Pour ces raisons, je pense que la capacité de travail de M. X.\_\_\_\_\_ 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. »

Estimant que les constatations du docteur M.\_\_\_\_\_ n'apportaient pas d'informations nouvelles en ce qui concernait la supposée péjoration de l'état de santé de l'assuré, la Compagnie d'Assurances G.\_\_\_\_\_ SA a, par courrier du 1<sup>er</sup> mars 2010, informé l'assurance de protection juridique de l'assuré qu'elle maintenait le point de vue qu'elle avait exprimé le 22 juillet 2009.

**B. a)** Par demande du 14 juin 2010, X.\_\_\_\_\_, représenté désormais par Me Corinne Monnard Séchaud, a ouvert action contre la Compagnie d'Assurances G.\_\_\_\_\_ SA devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en prenant, sous suite de frais et dépens, les conclusions suivantes :

- « I. X.\_\_\_\_\_ a droit au versement par la Compagnie d'Assurances G.\_\_\_\_\_ SA 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. La Compagnie d'Assurances G.\_\_\_\_\_ SA est débitrice et doit prompt paiement, en mains de X.\_\_\_\_\_, 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). »

A l'appui de sa demande, il allègue qu'en présence de deux expertises contradictoires, la Compagnie d'Assurances G.\_\_\_\_\_ SA ne pouvait se contenter de maintenir sa prise de position, en se fondant sur l'expertise qu'elle avait ordonnée. Il lui incombait à tout le moins d'ordonner une autre expertise. En tout état de cause, la preuve de l'incapacité de travail avait été établie, puisqu'il disposait non seulement

de certificats médicaux réguliers attestant de son incapacité totale de travail, mais également d'une expertise privée du docteur M. \_\_\_\_\_ établissant également cette incapacité, à tout le moins dès le 23 octobre 2009, date de la fin du versement des indemnités journalières par la Compagnie d'Assurances G. \_\_\_\_\_ SA. Il appartenait dès lors à l'assureur d'apporter la preuve du contraire, ce qu'il n'avait pas fait. En ne procédant pas de la sorte, il avait violé le droit à la preuve et la Cour de céans était invitée à administrer tous les moyens de preuve nécessaires à l'établissement des faits. Les conditions posées par les conditions générales d'assurances étant pour le reste remplies, il avait droit aux indemnités journalières prévues.

**b)** Dans sa réponse du 30 septembre 2010, la Compagnie d'Assurances G. \_\_\_\_\_ SA, représentée par Me Didier Elsig, conclut sous suite de frais et dépens au rejet de la demande.

La défenderesse relève que les certificats médicaux successivement établis par les doctresses E. \_\_\_\_\_ et K. \_\_\_\_\_ sont dépourvus de toute force probante. En particulier, la doctresse K. \_\_\_\_\_ prenait clairement fait et cause pour son patient et, partant, avait indéniablement perdu le détachement nécessaire.

Les expertises établies par le docteur D. \_\_\_\_\_ répondaient quant à elles aux réquisits jurisprudentiels ; l'expert avait effectué divers tests, les avait confrontés avec ses observations cliniques et ses autres examens et avait analysé la progression de l'état de santé de l'assuré à six mois d'intervalle. Le docteur D. \_\_\_\_\_ avait bien expliqué les raisons pour lesquelles il y avait eu, selon lui, une amélioration, qualifiée de rémission partielle en juin 2009 et de rémission totale en automne 2009. L'évolution favorable décrite par ce médecin était par ailleurs corroborée par l'allègement de la médication au cours de l'année 2009. L'aggravation alléguée par la doctresse K. \_\_\_\_\_ dans son certificat du 27 octobre 2009 était ainsi totalement infirmée par la médication.

Pour sa part, le docteur M.\_\_\_\_\_ n'avait pas expliqué pourquoi, après avoir reconnu le bien-fondé de l'essentiel des observations faites par le docteur D.\_\_\_\_\_, il s'écartait des conclusions prises par celui-ci sur la question de la capacité de travail. Il fallait considérer cet avis médical comme étant une nouvelle appréciation de la capacité de travail de l'assuré, laquelle n'était toutefois pas susceptible de remettre en cause les expertises du docteur D.\_\_\_\_\_.

Aucune raison scientifique ou médicale ne justifiait de retenir l'existence d'une incapacité de travail au-delà du mois de juillet 2009. Il apparaît que l'assuré n'avait pas effectué la moindre tentative de reprise de travail, ne fût-ce que partielle, comme si son but était d'obtenir le maximum d'indemnités journalières avant de pouvoir réenvisager une reprise de travail. Vu les indéniables capacités intellectuelles de l'assuré, capacités utilisables selon le docteur D.\_\_\_\_\_ notamment dans le domaine de la prévoyance ou de la finance, c'était de manière fort généreuse qu'un délai supplémentaire de trois mois lui avait été octroyé en juillet 2009, alors qu'il avait déjà à ce moment-là recouvré sa pleine capacité de travail et que des champs d'activités proches de l'assurance étaient exigibles sans délai supplémentaire d'adaptation.

**c)** Dans sa réplique du 10 décembre 2010, X.\_\_\_\_\_ a confirmé les conclusions prises dans sa demande du 14 juin 2010. Il reproche en substance à la Compagnie d'Assurances G.\_\_\_\_\_ SA de formuler des critiques qui ne reposent que sur une appréciation partielle de la situation, fondée notamment sur des faits incorrects.

**d)** Dans sa duplique du 14 avril 2011, la Compagnie d'Assurances G.\_\_\_\_\_ SA a persisté intégralement dans les conclusions prises le 30 septembre 2010. Dans la mesure où le docteur M.\_\_\_\_\_ avait qualifié de « modérée » la dépression de l'assuré, avant de retenir le diagnostic d'un état dépressif de degré « moyen », on était fort éloigné de la grave dépression prolongée invoquée par l'assuré. En outre, le docteur M.\_\_\_\_\_ n'avait émis aucun grief scientifique à l'encontre de l'expert D.\_\_\_\_\_. Partant, aucun motif sérieux ne justifiait de s'écarter des

conclusions de l'expert D.\_\_\_\_\_, lequel avait pris la peine d'examiner par deux fois, soit à près de six mois d'intervalle, l'assuré, ce afin de pouvoir apprécier au plus près l'incapacité de travail de ce dernier durant la période décisive et litigieuse.

**C.** Le 24 juin 2010, X.\_\_\_\_\_ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité. Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI) a recueilli des renseignements médicaux auprès des médecins traitants de l'assuré, les doctresses K.\_\_\_\_\_ (rapport du 30 août 2010) et E.\_\_\_\_\_ (rapport du 10 septembre 2010), et versé à la cause le dossier constitué par la Compagnie d'Assurances G.\_\_\_\_\_ SA. Au regard de la discordance des renseignements émanant des différentes pièces médicales, l'office AI a confié la réalisation d'une expertise psychiatrique au docteur C.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. 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 », basé 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 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 D. \_\_\_\_\_ 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'Al, 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. »

Dans un projet de décision du 10 août 2011, l'office Al a proposé de rejeter la demande de prestations déposée par l'assuré. X. \_\_\_\_\_ s'est opposé à ce projet de décision, en produisant une expertise réalisée par le docteur N. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 6 février 2012, ce médecin a tenu les considérations suivantes :

#### « **Affection actuelle**

Monsieur X. \_\_\_\_\_ 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 semble évoluer favorablement avec, notamment, l'aide d'un traitement chez la Dresse K. \_\_\_\_\_, la reprise du travail se fera très rapidement. Cependant son médecin traitant, la Dresse E. \_\_\_\_\_, 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, la Compagnie d'Assurances G. \_\_\_\_\_ SA, 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, Monsieur X. \_\_\_\_\_ 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 Monsieur X. \_\_\_\_\_ vit comme une énième humiliation. L'isolement social devient quasi complet, plus aucune initiative ne paraît possible, plus d'amélioration n'est envisageable pour Monsieur X. \_\_\_\_\_. 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 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'examinateur, sans signification véritable pour celui qui ne peut entendre. Il en résulte dans un premier temps chez l'examinateur 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'examinateur 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 Monsieur X.\_\_\_\_\_.

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.

### **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, Monsieur X, \_\_\_\_\_ devait faire face aux troubles du comportement de son ex-épouse, son incurie et ses multiples tentamen 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 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 Monsieur X. \_\_\_\_\_ 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 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 D.\_\_\_\_\_, Dr C.\_\_\_\_\_) ou contradictions entre les expertises et avis (Dr M.\_\_\_\_\_, médecins soignants et autres). Pour les résumer, notons que le Dr D.\_\_\_\_\_ 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 M.\_\_\_\_\_ qui constate, lui, l'existence de troubles de la personnalité décompensés constituant un obstacle à la capacité de travail. Le Dr C.\_\_\_\_\_ 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 C.\_\_\_\_\_ 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 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 D.\_\_\_\_\_, M.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_).

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. »

Dans un nouveau projet de décision daté du 11 mai 2012, annulant et remplaçant le projet du 10 août 2011, l'office AI a proposé d'allouer une rente entière d'invalidité pour la période courant du 1<sup>er</sup> décembre 2010 au 30 septembre 2011, puis à compter du 1<sup>er</sup> février 2012. X.\_\_\_\_\_ 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.

**D.**           **a)** Par courrier du 20 février 2012, X.\_\_\_\_\_ a fait parvenir à la Cour de céans le rapport d'expertise établi par le docteur N.\_\_\_\_\_. Il a relevé que cette expertise confortait ses prétentions à l'égard de la Compagnie d'Assurances G.\_\_\_\_\_ SA, 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 docteur N.\_\_\_\_\_ ayant été indispensable à l'établissement des faits, les dépens alloués à la charge de la Compagnie d'Assurances G.\_\_\_\_\_ SA devaient inclure le remboursement de la somme de 5'600 fr. correspondant aux frais de cette

expertise. Le demandeur a ainsi complété ses conclusions de la manière suivantes :

« Les dépens alloués à X.\_\_\_\_\_ à la charge de la Compagnie d'Assurances G.\_\_\_\_\_ SA 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 X.\_\_\_\_\_. »

**b)** Dans ses déterminations complémentaires du 25 juin 2012, X.\_\_\_\_\_ a informé la Cour de céans des développements de la procédure en matière d'assurance-invalidité.

**c)** Dans des déterminations du 10 juillet 2012, la Compagnie d'Assurances G.\_\_\_\_\_ SA a persisté intégralement dans ses conclusions. Elle a rappelé qu'elle s'était fondée sur l'expertise médicale effectuée par le docteur D.\_\_\_\_\_, 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 docteur N.\_\_\_\_\_ ne datait que de février 2012, soit plus de deux ans après la période litigieuse. La Compagnie d'Assurances G.\_\_\_\_\_ SA émet par ailleurs plusieurs critiques à l'égard du contenu de l'expertise du docteur N.\_\_\_\_\_, lui reprochant notamment de n'avoir pas pris position sur l'expertise du docteur D.\_\_\_\_\_ 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 relève pour finir que l'office AI avait confirmé l'absence d'incapacité de travail à compter du 15 août 2009, tout en reconnaissant magnanimement, en se fondant sur l'expertise du docteur N.\_\_\_\_\_, une incapacité de travail à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2010, ce qui confirmait que la poursuite du versement des indemnités journalières ne se justifiait plus au-delà du 22 octobre 2009.

**d)** Par courrier du 12 octobre 2012, X.\_\_\_\_\_ a produit un complément d'expertise établi le 7 octobre 2012 par le docteur N.\_\_\_\_\_.

où ce médecin répond aux critiques émises par la défenderesse à l'égard de son rapport du 6 février 2012.

**e)** Dans ses déterminations du 7 janvier 2013, la Compagnie d'Assurances G.\_\_\_\_\_ SA s'est interrogée sur les liens particuliers entre la représentante du demandeur et le docteur N.\_\_\_\_\_. Elle a également rappelé la plus grande proximité temporelle de l'estimation de la capacité de travail faite par le docteur D.\_\_\_\_\_, 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 docteur N.\_\_\_\_\_ en était réduit à des conjectures. Au vu de ces éléments, la Compagnie d'Assurances G.\_\_\_\_\_ SA 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 docteurs D.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_.

**f)** Le demandeur et la défenderesse se sont exprimés une dernière fois les 11 février et 22 avril 2013.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** Conformément à l'art. 12 al. 3 LAMal (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 832.10), les assurances complémentaires pratiquées par les caisses-maladie en plus de l'assurance maladie sociale ne sont pas soumises à la LAMal, mais sont régies par le droit des assurances privées, à savoir par la loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance (LCA ; RS 221.229.1). Sont réputées assurances complémentaires au sens de l'art. 12 al. 3 LAMal toutes les couvertures d'indemnités journalières en cas de maladie soumises à la LCA (TF 4A\_445/2010 du 1<sup>er</sup> décembre 2010 consid. 2.1 ; TFA K 95/1999 du 24 juin 1998 consid. 4b, in JdT 1999 III 106 ss ; cf. aussi Jean Fonjallaz, Compétence et procédure en matière de contentieux des assurances

complémentaires à l'assurance-maladie, in JdT 2000 III 79 ss ; Jean-Baptiste Ritter, Le contentieux de l'assurance-maladie privée en cas de perte de gain : Droit fédéral et compétences cantonales, in Colloques et journées d'études 1999-2001, Lausanne 2002, p. 763 ss). Tel est le cas du contrat d'assurance invoqué en l'espèce.

**b)** Selon l'art. 7 CPC (code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272), les cantons peuvent instituer un tribunal qui statue en tant qu'instance cantonale unique sur les litiges portant sur les assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale selon la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie. En matière de droit transitoire, l'art. 404 al. 1 CPC prévoit que les procédures en cours à l'entrée en vigueur de la présente loi sont régies par l'ancien droit de procédure jusqu'à la clôture de l'instance.

Le décret du Grand Conseil du 20 mai 1996 relatif à l'attribution au Tribunal cantonal des assurances de la compétence du contentieux des assurances complémentaires à l'assurance-maladie (DTAs-AM ; RSV 173.431; actuellement abrogé) est donc applicable dans le cas présent. Le contentieux visé par ce décret doit désormais (à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2009) être jugé par la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal.

Quand bien même il s'agit d'une cause civile, sont applicables les règles de procédure prévues pour l'action de droit administratif (cf. JdT 2009 III 43), au sens des art. 106 ss LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36). En vertu du droit fédéral, les cantons doivent prévoir dans ce domaine une procédure simple et rapide dans laquelle le juge établit d'office les faits et apprécie librement les preuves (art. 85 al. 2 LSA [loi fédérale du 17 décembre 2004 sur la surveillance des entreprises d'assurance ; RS 961.01], cet alinéa ayant été abrogé à l'entrée en vigueur du CPC) ; le régime des art. 106 ss LPA-VD est compatible avec ces exigences.

**c)** La cause, valablement introduite en la forme, ressortit à la compétence de la Cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi cantonale vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; RSV 173.01]), dès lors que la valeur litigieuse dépasse le seuil de 30'000 fr. jusqu'auquel la cause peut être tranchée par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 107 LPA-VD).

**d)** Selon l'art. 404 al. 2 CPC, la compétence à raison du lieu est régie par le nouveau droit. Toutefois, la compétence conférée en application de l'ancien droit est maintenue. La compétence ratione loci de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal découle de l'art. 22 al. 1 let. a LFors (loi fédérale du 24 mars 2000 sur les fors en matière civile ; RS 272, abrogée à l'entrée en vigueur du CPC), qui prévoit qu'en cas de litige concernant les contrats conclus avec des consommateurs, le for est celui du domicile ou du siège de l'une des parties lorsque l'action est intentée par le consommateur. Sont réputés contrats conclus avec des consommateurs les contrats portant sur une prestation de consommation courante destinée aux besoins personnels ou familiaux du consommateur et qui a été offerte par l'autre partie dans le cadre de son activité professionnelle ou commerciale (art. 22 al. 2 LFors). L'assuré, le bénéficiaire de l'assurance et le preneur d'assurance d'une assurance complémentaire perte de gain en cas de maladie étant des consommateurs au sens de la loi sur les fors (Ritter, op. cit., p. 771), le demandeur peut ouvrir action au for de son domicile dans le canton de Vaud en vertu de l'art. 22 al. 1 let. a LFors. La compétence ratione loci de la Cour de céans n'a d'ailleurs à juste titre pas été contestée par la défenderesse.

**2. a)** Selon l'art. 9 des conditions générales de l'assurance collective d'indemnités journalières en cas de maladie, la Compagnie d'Assurances G. \_\_\_\_\_ SA verse, en cas d'incapacité de travail constatée par un médecin, pour chaque jour calendrier, le montant total de l'indemnité journalière lorsque l'incapacité de travail est de 66 2/3 % et plus ou le montant de l'indemnité journalière correspondant au degré

d'incapacité de travail lorsque celui-ci est de 25 à 66 2/3 %. 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). La Compagnie d'Assurances G. \_\_\_\_\_ SA 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).

**b)** En l'espèce, le demandeur a touché de la part de la défenderesse entre le 1<sup>er</sup> décembre 2008 et le 22 octobre 2009 un total de 326 indemnités journalières. Compte tenu du délai de carence de 180 jours prévus par le contrat d'assurance, le litige ne peut plus porter que sur le solde, soit 224 indemnités journalières (730 - [180 + 326]).

**c)** En substance, le demandeur soutient que son incapacité de travail a persisté au-delà du 22 octobre 2009 et qu'il a droit au solde des indemnités journalières jusqu'à épuisement du droit aux prestations, soit, comme on vient de le voir, pendant 224 jours. Est par conséquent litigieuse la question de savoir si l'incapacité de travail a persisté au-delà du 22 octobre 2009.

**3. a)** Le contrat d'assurance ne définit pas ce qu'il faut entendre par « incapacité de travail ». Faute de définition, il convient de s'inspirer de la définition qui figure à l'art. 6 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1), laquelle est applicable notamment en matière d'assurance-maladie (art. 1 al. 1 LAMal). S'il est vrai que les conditions d'octroi d'indemnités journalières sur la

base de la LAMal ne sont pas nécessairement les mêmes que les conditions du droit à des indemnités journalières sur la base du contrat d'assurance privée conclu entre les parties au présent litige, le droit aux prestations n'en suppose pas moins dans les deux cas qu'il existe une incapacité de travail attestée médicalement.

**b)** Selon l'art. 6 LPGA, 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.

**c)** Ne sont pas considérés comme des conséquences d'un état psychique malade les diminutions de la capacité de travail que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Selon le Tribunal fédéral, il convient de se demander dans quelle mesure la mise à profit de sa capacité de travail peut encore être raisonnablement exigée de lui, voire si elle est encore supportable pour la société (ATF 127 V 294 consid. 4c in fine). Les facteurs généralement déterminants pour apprécier l'exigibilité sont la gravité et l'ampleur des troubles psychiques, leurs conséquences sociales et pratiques (qui sont également liées à d'éventuelles comorbidités), le degré de chronicisation ou encore les ressources qui sont à disposition de l'assuré et qui lui permettent de faire face aux difficultés. La symptomatologie psychiatrique doit être d'autant plus marquée que des facteurs psycho-sociaux et socioculturels, lesquels ne sont pas reconnus comme étant des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de travail, sont importants (ATF 127 V 294 consid. 5a). Un diagnostic de trouble psychique ne motive ainsi pas à lui seul une diminution de la capacité de travail ou de l'exigibilité. Une fois diagnostiqué, le trouble psychique doit être quantifié, en évaluant aussi bien les conséquences sociales que les perspectives évolutives à long terme de l'exigibilité. Dans ce contexte, l'appréciation médicale doit

permettre de définir l'ensemble de la gravité de la situation psychique, ses conséquences sociales et son pronostic. L'estimation du psychiatre doit faire état des éléments et des données qui sont à l'origine de ses conclusions ; il doit également préciser en quoi consistent les conséquences de cette pathologie et l'illustrer - si possible - par des exemples parlants et des renseignements concrets de tierces personnes ; il doit enfin pouvoir dire si l'ensemble des éléments se concrétise en un tableau cohérent (voir également Oliveri/Kopp/Stutz/Klipstein/Zollikofer, Principes fondamentaux de l'appréciation médicale de l'exigibilité et de la capacité de travail, 2<sup>e</sup> partie, in Forum Med Suisse 2006 p. 448 ss).

**4.** Ainsi qu'on l'a vu précédemment, la question à résoudre est celle de savoir quelle était la capacité de travail objective du demandeur à la fin de l'année 2009 et au début de l'année 2010.

**a)** Le dossier contient cinq appréciations médicales relatives à l'état de santé psychique du demandeur. Dans ces conditions, la mise en œuvre d'un complément d'instruction sous la forme d'une nouvelle expertise psychiatrique n'apparaît guère utile, dès lors qu'elle ne contribuerait qu'à apporter un regard supplémentaire et différent sur la situation. Il convient par conséquent de trancher le litige sur la base de la documentation médicale versée au cours de la procédure.

**b)** En l'occurrence, le demandeur souffre principalement d'une symptomatologie dépressive ainsi que de problèmes liés à sa personnalité. Les plaintes rapportées et les observations cliniques sont sensiblement identiques d'une expertise à l'autre (fatigue, absence de motivation, troubles du sommeil, anxiété, diminution de la libido, repli social), quand bien même l'intensité décrite peut varier selon les experts. Les avis divergent en revanche fondamentalement sur l'importance et l'influence que peuvent avoir ces affections sur la capacité de travail du demandeur. Alors que les docteurs D.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_ estiment que les symptômes décrits ne revêtent plus de caractère maladif depuis la mi-août 2009 et reconnaissent une capacité de travail pleine et entière, les

docteurs M.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_ jugent nulle cette capacité, en raison principalement d'une décompensation de la personnalité du demandeur.

**c)** Outre qu'elles ont l'avantage d'avoir été établies à une époque contemporaine aux faits à examiner, les expertises réalisées par le docteur D.\_\_\_\_\_ reposent sur une analyse exhaustive et distanciée de la situation et proposent une motivation circonstanciée et convaincante à laquelle il convient de se rallier. Tout en reconnaissant l'influence des nombreux facteurs de stress subis (en particulier les difficultés familiales) et de la structure problématique de la personnalité (voir à ce propos la réponse que cet expert donne à la question 9 de la première expertise), le docteur D.\_\_\_\_\_, dont l'avis est corroboré par le docteur C.\_\_\_\_\_, met en évidence l'attitude de victimisation et de démission adoptée par le demandeur (« 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 »). Les traits de personnalité ne sont nullement niés, mais ne sont pas considérés comme ayant en soi un caractère invalidant ; ils sont bien plutôt considérés comme constituant le terreau propice à l'attitude projective et procédurière adoptée par le demandeur (par laquelle il tente « d'éviter toute surcharge qui ne vise pas ses intérêts familiaux et personnels »). Cette attitude se reflète notamment dans la réaction de rejet adoptée par le demandeur face aux démarches de réadaptation qui lui ont été proposées (« Il a également signalé que s'il se voit contraint de travailler, il se mettra en congé maladie après 3 semaines »). Le docteur D.\_\_\_\_\_ a d'ailleurs souligné « le décalage qui risque de se présenter entre la capacité de travail théorique et la possibilité de la mise en application de cette capacité dans le monde du travail ». Contrairement à ce que relève le docteur N.\_\_\_\_\_ dans son expertise du 6 février 2012 et son complément du 7 octobre 2012, on ne saurait voir la présence dans les expertises du docteur D.\_\_\_\_\_ de contradictions, mais bien plutôt l'expression de toute la difficulté qu'il y a à appréhender la situation particulièrement complexe du demandeur.

**d)** Les conclusions des deux expertises réalisées à l'initiative du demandeur ne sont pas convaincantes. Elles n'examinent pas la question - déterminante en l'espèce - de l'exigibilité. Si les docteurs N. \_\_\_\_\_ et M. \_\_\_\_\_ estiment que la capacité de travail du demandeur est nulle, ils n'expliquent pas les raisons qui l'empêchaient objectivement, à la fin de l'année 2009 et au début de l'année 2010, de surmonter les effets de sa personnalité décompensée et de mobiliser ses ressources éventuelles. L'appréciation rédigée par le docteur N. \_\_\_\_\_ est axée principalement sur la justification étiologique des diagnostics retenus et de la situation actuelle du demandeur, singulièrement sur l'influence du trouble de la personnalité. Lesdits diagnostics ainsi que la conclusion tendant à l'absence de capacité de travail ne sont toutefois basées que sur les seules plaintes exprimées par le demandeur au cours des entretiens, sans que l'on ne perçoive une prise de recul par rapport aux éléments constatés. A titre d'exemple, le docteur N. \_\_\_\_\_ soutient que le demandeur présenterait des troubles cognitifs, sans toutefois décrire en quoi ceux-ci consistent objectivement et se répercutent sur le fonctionnement quotidien du demandeur ; l'expert ne fait au contraire pas état de difficultés particulières à retracer l'anamnèse du demandeur. Quant à l'expertise du docteur M. \_\_\_\_\_, elle reprend pour l'essentiel les considérations formulées par le docteur D. \_\_\_\_\_, en aboutissant toutefois à la conclusion qu'un compromis sur la question des indemnités perte de gain permettrait de résoudre en partie le conflit dans lequel le demandeur est impétre (« 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 »).

**e)** L'attitude revendicatrice du demandeur à l'égard des institutions d'assurance, telle qu'elle est décrite par le docteur D. \_\_\_\_\_ et ressort des expertises des docteurs N. \_\_\_\_\_ et M. \_\_\_\_\_, ainsi que sa volonté clairement exprimée de ne pas vouloir s'inscrire pour le moment dans une démarche réhabilitatrice afin de surmonter ses problèmes, mise notamment en évidence par l'interruption de son

traitement auprès de son psychiatre traitant, la doctoresse K.\_\_\_\_\_, semblent indiquer que celui-ci est à la recherche d'un bénéfice secondaire à sa « maladie » sous la forme de prestations d'assurances. Contrairement à ce que suggère le docteur M.\_\_\_\_\_ dans les conclusions de son expertise, la situation commande, dans ces conditions et compte tenu de la jurisprudence, de ne pas donner droit à la demande de prestations formulée par le demandeur (voir également ATF 102 V 165 consid. 3 et 104 V 27 consid. 2b).

**5. a)** Il résulte de ce qui précède que la demande déposée le 15 juin 2010 par X.\_\_\_\_\_ contre la Compagnie d'Assurances G.\_\_\_\_\_ SA doit être entièrement rejetée.

**b)** Il ne sera pas perçu de frais de justice, la procédure étant gratuite (art. 85 al. 3 aLSA, applicable ratione temporis en l'espèce en vertu de l'art. 404 al. 1 CPC; cf art. 113 al. 2 let. f CPC). La défenderesse, qui obtient gain de cause, a droit, à la charge du demandeur, à une indemnité à titre de dépens (art. 55 et 56 al. 2 LPA-VD). Selon l'art. 7 TFJAS (Tarif vaudois du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales ; RSV 173.36.5.2), les dépens comprennent des honoraires fixés d'après l'importance et la complexité du litige, sans égard à la valeur litigieuse, qui sont en règle générale compris entre 500 et 5'000 fr. En l'espèce, il y a lieu de fixer à 2'500 fr. l'indemnité due à la défenderesse.

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
p r o n o n c e :**

- I. La demande déposée le 15 juin 2010 par X.\_\_\_\_\_ contre la Compagnie d'Assurances G.\_\_\_\_\_ SA est rejetée.
  
- II. Il n'est pas perçu de frais de justice.

- III. Une indemnité de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs), à verser à la défenderesse à titre de dépens, est mise à la charge du demandeur.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

Le jugement qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Corinne Monnard Séchaud, avocate (pour X. \_\_\_\_\_),
- Me Didier Elsig, avocat (pour la Compagnie d'Assurances G. \_\_\_\_\_ SA),

par l'envoi de photocopies.

Un appel au sens des art. 308 ss CPC peut être formé dans un délai de trente jours dès la notification du présent jugement en déposant au greffe du Tribunal cantonal un mémoire écrit et motivé. Le jugement objet de l'appel doit être joint.

Le greffier :