

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 6 avril 2011

Présidence de M. DIND
Juges : M. Zbinden et Mme Moyard, assesseurs
Greffier : M. Addor

* * * * *

Cause pendante entre :

Z. _____, à Payerne, recourant, représenté par Me François Logoz, avocat
à Lausanne,

et

PHILOS, Caisse maladie-accident, à Martigny (VS), intimée.

Art. 6 LPGA; 67 et 72 LAMal

E n f a i t :

A. a) Z. _____ (ci-après: l'assuré), né en 1965, titulaire d'un diplôme d'ingénieur civil obtenu à l'EPFL en 1990, a travaillé dans la profession apprise au sein de différents bureaux d'ingénieurs privés jusqu'en 1995, année au cours de laquelle, à la demande de son père, il a rejoint l'entreprise familiale active dans le domaine de la construction. L'assuré a œuvré de 1995 à 2000 comme chef de chantier, avant d'être nommé directeur en 2002, puis administrateur délégué en 2006. A ce titre, il était assuré auprès de la caisse maladie-accident Philos (ci-après: Philos) par le biais d'une assurance collective pour une indemnité journalière suivant la LAMal (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie, RS 832.10) de 80% du salaire, assortie d'un délai d'attente de 30 jours. Une incapacité de travail totale est attestée dès le 28 janvier 2008 (déclaration d'incapacité de travail maladie de l'employeur du 6 février 2008, renouvelée le 20 février suivant).

Aux termes de l'art. 13 al. 1 des Conditions générales de l'assurance (CGA) collective d'une indemnité journalière selon la LAMal (catégorie BE, édition 1^{er} mars 2008), l'indemnité journalière est allouée en cas d'incapacité de travail à partir de 25%; cette disposition n'est pas applicable aux chômeurs. Quant aux Conditions particulières de l'assurance collective d'une indemnité journalière (catégorie BE, édition 1^{er} janvier 2003), elles prévoient que l'indemnité est allouée en principe à partir de 50% d'incapacité de travail, proportionnellement au degré de celle-ci (voir art. 7 al. 1 et 2).

b) L'assuré souffre depuis 2004 de troubles sur le plan psychique, consécutifs à un premier divorce prononcé en 2004. Depuis cette date, l'intéressé est au bénéfice d'un suivi psychiatrique assuré par la Dresse F. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Un second mariage a derechef conduit à une procédure de divorce, lequel a été prononcé en février 2009. Différents revers professionnels, ainsi qu'une pneumonie survenue dans un contexte d'épuisement psychique et

physique le 12 février 2008, ont nécessité l'hospitalisation de l'assuré à l'Hôpital J._____.

Dans une lettre du 5 juin 2008 adressée à la Dresse F._____, le Dr G._____, spécialiste FMH en médecine générale et médecin-conseil de Philos, a relevé que l'assuré avait été fortement impressionné par les conseils qui lui avaient été donnés quant à son hygiène de vie. Par ailleurs, il était fait mention de la quantité d'alcool excessive que l'assuré reconnaît consommer. L'incapacité de travail était totale jusqu'à la mi-août, date à laquelle une réévaluation de la situation devait être faite.

L'assuré a en outre séjourné à la Clinique R._____ une première fois du 12 juin au 4 juillet 2008. Il y a été hospitalisé une seconde fois du 31 juillet au 20 septembre 2008, puis pour un troisième séjour, à la suite d'une demande d'admission volontaire, du 22 janvier au 24 février 2009. Il y a enfin séjourné du 7 janvier au 3 février 2010.

Dans un compte-rendu d'hospitalisation du 26 septembre 2008, le Dr W._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et médecin-adjoint à la Clinique R._____, a posé les diagnostics selon la CIM-10 de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F 33.2) et de troubles de l'adaptation, avec perturbation mixte des émotions et des conduites. Il résume l'hospitalisation comme suit:

"Nous sommes en présence d'un patient qui souffre de dépression récurrente, d'une atteinte de l'estime de soi avec conduites addictives et alcoolisations épisodiques.

Après plusieurs entretiens, il relate une enfance et une adolescence difficiles jusqu'à l'âge adulte. La relation avec ses parents est décrite comme peu gratifiante. Le manque de confiance et de reconnaissance du père, l'absence d'affection de la mère, s'intéressant davantage à son frère, seraient les facteurs déclenchant de l'état dépressif récurrent associé à un traumatisme complexe.

Sous Cymbalta 60 mg, Stilnox 12,5 mg, Trittico 100 mg et Rivotril 15 gtt/j., l'évolution est lentement favorable. Désirant arrêter de fumer une cure de Champix est prescrite lui permettant de diminuer notablement sa consommation de tabac.

Une séance d'EMDR programmée sera malheureusement interrompue en raison de l'état peu stabilisé du patient, son discours restant toujours centré sur la relation avec ses parents, les difficultés financières de l'entreprise familiale prochainement vendue, décision prise récemment par son père. Jeune homme, ses parents souhaitant qu'il reprenne les affaires de l'entreprise lui recommande une formation d'ingénieur en travaux publics qu'il effectue. Son père ne lui faisant pas confiance engagera par la suite un directeur adjoint pour le seconder qui le contrôle et le contre, sans trouver d'épanouissement professionnel pendant 10 ans.

En cours d'hospitalisation des difficultés de couple se dévoilent et il décide d'entamer une procédure de divorce après 3 mois de mariage. La relation houleuse avec son épouse le déstabilise et engendre des réactions dépressives fréquentes.

Le patient qui retrouve une stabilité thymique et de l'assurance s'affirme alors davantage. Décidé à gérer sa vie correctement, il entreprend des démarches pour retrouver un emploi qui lui corresponde."

Dans un rapport du 28 novembre 2008 adressé à Philos, la Dresse F._____ a posé le diagnostic affectant la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptôme psychotique et de trouble de l'adaptation avec perturbation mixte des émotions et des conduites ainsi que personnalité anxieuse et évitante, le tout existant depuis le 19 janvier 2004. Elle a attesté une incapacité de travail totale depuis le 13 mars 2008.

c) A réception de ce rapport, Philos a chargé le Dr L._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, de procéder à une expertise médicale. Celle-ci a été effectuée le 22 janvier 2009. Dans son rapport du 6 mars 2009, le Dr L._____ a posé les diagnostics suivants selon le DSM-IV-TR:

- "Axe I Etat dépressif récurrent actuellement de gravité moyenne
 Trouble panique sans agoraphobie de gravité légère
 Dépendance et/ou abus d'alcool probablement importants
 Tabagisme
- Axe II Personnalité passive-dépendante à traits évitants
- Axe III Reporté
- Axe IV Difficultés conjugales; familiales; professionnelles; autres

(?)"

Sous l'intitulé "discussion", l'expert s'est exprimé en ces termes:

"M. Z._____ est un homme né dans la région de X._____, le 12.02.1965, au sein d'une famille d'entrepreneurs privilégiée économiquement. L'assuré manifestement a été gâté, déchargé des soucis de l'existence durant son enfance. M. Z._____ a été marqué par un père autoritaire et dirigiste qui a toujours régenté sa vie, entraînant chez l'assuré la persistance d'une forme d'immaturité et de dépendance. Il a probablement eu des difficultés à se construire une identité valable et affirmée.

La mère semble assez peu affectueuse, dure, peut-être rejetante. Cette frustration ne lui a pas permis d'acquérir la confiance fondamentale, pierre angulaire dans le développement de «l'estime de soi» et soubassement de toute relation authentique.

Depuis 1995, l'assuré vit sous la mainmise de son père qui gère sa carrière et une femme autoritaire, probablement à valeur maternelle.

Ses troubles émotionnels apparaissent lors d'une tentative «de prise d'autonomie» face à cette épouse, en 2004. M. Z._____ gère mal cette séparation, puis les difficultés professionnelles liées aux problèmes économiques de la société familiale. Une nouvelle relation sentimentale «pathologique» conclue par un mariage rapide, en mai 2008, aboutit rapidement à un échec.

Son caractère passif-dépendant (immature) s'exprime par des difficultés à assumer les responsabilités, de fortes exigences envers autrui, des tendances toxicophiliques notamment avec l'alcool qui se caractérise par une image assez profondément dévalorisée, un pessimisme foncier et des doutes constants quant à sa valeur et ses capacités. M. Z._____ est facilement abandonnique, assume mal une attitude compétitive notamment au travail, et ses plaintes psychiques et somatiques permettent d'attirer l'attention d'autrui sur lui.

Nous ne reviendrons pas sur les circonstances de l'expertise qui sont détaillées au point 1.1

L'objectif de cette discussion sera donc de déterminer le ou les troubles psychiatriques présentés par M. Z._____, leur incidence sur sa capacité de travail, l'opportunité d'entreprendre des mesures de réadaptation professionnelle.

Le long entretien que nous avons eu avec M. Z._____, le bilan des tests psychométriques que nous lui avons fait passer, le résultat des examens paracliniques, et la lecture attentive du dossier en notre possession, nous permettent de porter les conclusions suivantes.

D'un point de vue **psychopathologique**, l'état dépressif actuel réalise en fait ce que l'on appelle une «**dépression narcissique**».

Celle-ci est à ne pas confondre avec la dépression de perte d'objet mais bien à l'image de soi d'une partie de son «moi». La dépression est dite narcissique dans le sens où la perte provoque une remise en question du moi (perte d'estime de soi) ou de la perte d'une partie de soi.

Lorsque nous l'examinons, **l'état dépressif** est somme toute **de gravité moyenne**. Prédominant probablement des **épisodes d'attaques de panique** avec un comportement toxicophylique important; **dépendance à l'alcool sévère** (1-2 bouteilles de vin par jour et au moins 3 whisky) et **tabagisme important** (3 paquets/jour).

Il s'agit bien entendu d'une problématique importante, car on connaît l'effet dépressogène et anxiogène de l'alcool à moyen terme qui, de surcroît, diminue l'efficacité des psychotropes.

Le facteur essentiel semble être ici un **grave trouble de la personnalité**, assimilable en partie à une atteinte à la santé mentale, où prédomine un **fonctionnement passif-dépendant**, chez un sujet avec des **traits anxieux (évitants)**. Ce trouble de la personnalité est actuellement décompensé et l'assuré a réagi à son inquiétude face à la présente expertise en demandant lui-même une hospitalisation à la Clinique R._____ l'après-midi même où nous nous voyons.

Le pronostic ici est difficile à établir, mais le risque de chronicisation est important. M. Z._____ peine à assumer ses échecs, ses responsabilités et probablement la maladie est-elle un moyen de fuir ses responsabilités. Enfin, relevons que l'assuré doit faire face à une perte d'étayage que cela soit au niveau sentimental, familial. Car son père qui représente probablement un élément fondamental dans l'équilibre psychique du sujet, malgré son rapport très ambivalent à lui, ainsi que la perte de l'entreprise, constituent un ensemble de pertes d'étayages que M. Z._____ aura probablement des difficultés à assumer. On peut s'inquiéter des capacités adaptatives de l'assuré à s'adapter à un environnement professionnel qui ne soit pas celui familial et protégé dans lequel il a évolué jusqu'à ce jour.

Nous vous suggérons de réévaluer impérativement cette situation fin mars 2009, au plus tard, et de demander le rapport de sortie de la Clinique R._____.

Avec ce type de personnalité, le médecin traitant a un rôle difficile lorsqu'il s'agit d'apprécier la capacité de travail de son patient."

Répondant aux questions de Philos, l'expert a au surplus indiqué que la capacité de travail de l'assuré pouvait être améliorée par un sevrage éthylique et la poursuite du traitement actuel.

Dans une lettre de sortie du 4 mars 2009, faisant suite au séjour de l'assuré à la Clinique R._____ du 22 janvier au 24 février 2009,

le Dr W._____ a posé le diagnostic principal de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques (F 33.2), et a retenu une personnalité dissociée à titre de comorbidité. Il s'est exprimé en ces termes sous l'intitulé "discussion et évolution":

"Nous sommes en présence d'un patient qui présente un état dépressif sévère et une personnalité dissociée. Cet ingénieur de profession souhaiterait réintégrer une vie sociale et professionnelle de qualité et mieux s'occuper de ses enfants. N'y parvenant pas et souffrant de la séparation d'avec sa famille, il développe des idées négatives qui annulent ses velléités de bien faire. Ce trouble dissociatif est un frein à une évolution clinique favorable.

Durant son séjour, M. Z._____ a bénéficié d'une prise en charge cognitivo-comportementale et d'entretiens individuels quotidiens avec moi-même. Il a été suivi par une psychologue et a participé à des groupes de gestions des émotions et d'affirmation de soi. L'évolution a été progressivement favorable. Moins anxieux dans la journée, le patient a retrouvé un sommeil de bonne qualité lui permettant de participer régulièrement aux activités ergothérapeutiques. A sa sortie de la Clinique, on note la persistance d'un fort sentiment de dévalorisation avec doutes de ses capacités et négativité sur l'avenir. Dans ce contexte un certificat d'incapacité de travail à 100% lui a été délivré jusqu'au 31 mars 2009 qui sera à réévaluer par vous-même."

Le 23 avril 2009, le médecin-conseil de Philos a écrit au Dr L._____ que, dans la mesure où depuis sa sortie de la Clinique R._____ le 24 février précédent, l'arrêt de travail de l'assuré avait été prolongé par son psychiatre traitant, il était prié de reconvoquer l'assuré pour réévaluer la situation, ainsi qu'il l'avait d'ailleurs suggéré dans son rapport du 6 mars 2009. Le 19 juin 2009, le Dr L._____ a eu un entretien avec l'assuré et lui a également fait passer des tests psychométriques. Dans son rapport du 28 juillet 2009, l'expert a posé les diagnostics suivants selon le DSM-IV-TR:

"Axe I	Etat dépressif majeur de gravité légère (dd: trouble thymique et anxieux induit par la consommation chronique d'alcool) Dépendance éthylique importante Trouble panique sans agoraphobie en rémission
Axe II	personnalité passive dépendante immature à traits évitants
Axe III	cf. spécialiste concerné

Axe IV difficultés conjugales et familiales, autres (?)"

L'expert a résumé l'examen clinique du 19 juin 2009 en ces termes:

"Monsieur Z._____ se présente de façon ponctuelle au rendez-vous. Il est venu par ses propres moyens en voiture à notre cabinet. Il s'agit d'un homme faisant son âge, habillé simplement, mais soigné de sa personne. Il présente une certaine surcharge pondérale. Il se montre tout à fait courtois, paraît un peu passif, donne le sentiment d'une certaine désinvolture et complaisance. Le discours est volontiers centré sur lui-même. Il tend à se positionner en tant que victime, adopte une position très passive et régressive. Il ne pleure pas durant l'entretien. Il ne paraît pas agité, ni particulièrement ému.

Nous ne relevons pas de foetor éthylique. Il est vigile, orienté dans les trois modes. L'examen neuropsychologique grossier est dans les normes. Il n'y a pas de trouble patent de la mémoire d'évocation, de fixation. L'intelligence est normale.

Le tableau clinique est dominé par une symptomatologie dépressive caractérisée par des fluctuations de l'humeur, léger manque de motivation, d'envie, mais surtout des tendances régressives avec hypersomnie, clinophilie, hyperphagie et prise pondérale de 10 kilos. Il ressent une certaine fatigabilité et des difficultés à se projeter dans l'avenir. Actuellement, il n'y a pas de projet suicidaire clairement formulé.

Sous traitement médical bien conduit de Rivotril, pour l'heure, Monsieur Z._____ ne présente plus de symptômes parlant pour des attaques de panique.

Relevons encore que Monsieur Z._____ annonce spontanément une consommation excessive d'alcool - ½ à 1 bouteille de vin rouge à midi, une bouteille de rouge le soir plus un ou deux whiskys en général. D'ailleurs, il n'exprime manifestement que peu de motivation à envisager une quelconque modération de sa consommation d'alcool.

Le reste du statut est inchangé depuis notre examen du 22.1.2009."

L'expert s'est exprimé en ces termes dans la partie "discussion" de son rapport:

"Depuis notre expertise du 6.3.2009, la situation paraît avoir évolué favorablement du point de vue psychiatrique. Lorsque nous l'examinons, il est de bonne présentation, paraît beaucoup plus calme, serein, a pris un peu de poids. Il s'exprime sur un ton badin, presque nonchalant, et adopte une position très passive et régressive. Il semble se positionner comme une victime de son père

qui a dû revendre l'entreprise familiale dans laquelle l'assuré avait mis tous ses espoirs.

La symptomatologie dépressive actuellement paraît tout au plus légère et les attaques de panique sous traitement médical bien conduit ne sont plus au premier plan.

In fine, c'est l'éthylisme chronique qui justifie l'arrêt de travail puisque celui-ci est très important. Cela entraîne probablement des perturbations émotionnelles, volitives et comportementales. Cela induit des troubles thymiques et anxieux ce qui, bien entendu, contribue à une certaine passivité. L'alcool interfère avec l'effet des psychotropes prescrit, vis-à-vis de son éthylisme. Il n'exprime aucune véritable autocritique, ni désir de prise en charge par rapport à son éthylisme.

La personnalité ne paraît pour l'heure pas spécialement décompensée. Monsieur Z. _____ paraît surtout oisif, autocentré. Il attend que tout le monde s'occupe de lui.

De notre point de vue, nous pensons qu'il n'y a pas d'incapacité de travail au sens médical du terme. Le comportement de mise en échec du sujet qui continue à boire, sans d'ailleurs vouloir se prendre en charge, relève ici d'une décision personnelle qu'il doit aussi assumer.

Nous n'avons pas d'autres recommandations si ce n'est le sevrage éthylique."

Le 7 août 2009, Philos a rappelé à l'assuré qu'elle prenait en charge son incapacité de travail depuis le 28 janvier 2008 et que son dernier paiement couvrait la période du 1^{er} juin au 31 juillet 2009. Elle l'a aussi informé que son droit aux indemnités journalières, dès le 1^{er} août 2009, serait déterminé en fonction de l'appréciation par son médecin-conseil de l'expertise complémentaire effectuée le 19 juin 2009 par le Dr L. _____.

Par décision du 21 août 2009, Philos a fait savoir à l'assuré qu'elle mettait fin à ses prestations au 31 juillet 2009, pour les motifs évoqués dans sa lettre du 14 août précédent; de l'avis de son service médical, les conclusions de l'expertise du Dr L. _____ font ressortir que l'état de santé ne justifie plus une incapacité de travail au sens médical du terme.

Agissant par l'intermédiaire de Me François Logoz, Z. _____ a formé opposition contre cette décision par acte du 22 septembre 2009. Il a

produit un lot de pièces. Dans une lettre du 8 septembre 2009 adressée à Me Logoz, le Dr S._____, spécialiste FMH en médecine interne et médecine intensive, a écrit ce qui suit:

"Monsieur Z._____ est suivi à ma consultation depuis le 27 février 2008. J'ai repris le suivi de son état de santé dans les suites d'une hospitalisation à l'Hôpital M._____ en raison d'une bronchopneumonie. Ses problèmes actuels de santé sont liés d'une part à un syndrome métabolique associant une hypertension artérielle essentielle, une obésité de grade I et une dyslipidémie, d'autre part à un état anxio-dépressif dont le suivi est assuré par la Dresse F._____, à B._____. L'état dépressif est considéré comme sévère avec 3 séjours hospitaliers à la Clinique R._____, à T._____ (12 juin au 4 juillet 2008; 31 juillet au 20 septembre 2008; 22 janvier au 24 février 2009).

Monsieur Z._____ reconnaît spontanément une consommation excessive d'alcool lors des périodes d'angoisses, c'est-à-dire dans les jours qui ont précédé les hospitalisations en milieu psychiatrique. En dehors de ces courtes périodes, sa consommation régulière d'alcool varie entre un et deux verres de vin par jour. Je n'ai jamais constaté de signes cliniques compatibles avec une éthyliation aiguë et les rapports d'hospitalisation de la Clinique R._____ ne mentionnent pas l'apparition de symptômes de sevrage. Les examens de laboratoire ne révèlent pas d'altération au niveau hépatique compatible avec un éthyliisme chronique (absence de cholestase, rapport ASAT/ALAT < 1). De plus, le dosage des CDT, demandé le 19 juin 2009 par le Dr L._____ est dans les limites de la norme (1,5%), valeur rendant peu probable une consommation excessive d'alcool au cours des semaines précédant la prise de sang.

En conclusion de ce qui précède, monsieur Z._____ présente un état anxio-dépressif sévère avec des périodes d'alcoolisation aiguë de courte durée, survenues lors d'angoisses importantes. En dehors de ces phases, sa consommation d'alcool est dans les limites de la norme. Je n'ai jamais constaté lors des consultations à mon cabinet d'éthyliation aiguë et les différents rapports d'hospitalisation ne mentionnent pas de symptômes de sevrage.

Enfin, les examens de laboratoire ne révèlent pas d'atteinte hépatique liée à l'alcool. Sur la base de ces constatations, il me paraît impossible de conclure à un éthyliisme chronique sévère".

Dans un certificat du 10 septembre 2009, le Dr W._____, désormais psychiatre à la Clinique P._____ à K._____, a notamment écrit ce qui suit:

"Je soussigné Dr W._____, certifie avoir pris en charge M. Z._____ lors de ses hospitalisations du 31 juillet au 20 septembre 2008 et du 22 janvier au 24 février 2009.

Le diagnostic CIM 10 posé lors du séjour du 31.07. au 20.09.2008 était:

- F 33.2 Trouble dépressif récurrent, épisode actuellement sévère sans symptôme psychotique.
- F 43.25 Trouble de l'adaptation avec perturbation des émotions et des conduites.

La consommation d'alcool, précédant l'hospitalisation, avait été épisodique et ponctuelle, lors de moment de dépression intense à la recherche d'un effet anxiolytique.

Dès l'entrée, le patient n'a pas consommé d'alcool et n'a pas présenté de syndrome de sevrage ni de manque en rapport avec cette absence de consommation. L'absence de syndrome de sevrage prouve qu'il n'y a jamais eu chez ce patient d'alcoolisme chronique et de consommation habituelle.

(...)

Le diagnostic DSM-IV-TR d'état dépressif majeur de gravité légère évoqué par l'expert est incohérent. En effet, un état dépressif majeur est toujours de gravité sévère mais sous traitement on peut observer une rémission qui, chez M. Z._____, n'a jamais été complète et représente pour lui un handicap car, la lourdeur du traitement maintenu, associé aux manifestations dépressives résiduelles, sont un frein à l'initiative et à l'action, mettant le patient dans l'impossibilité de retrouver une efficacité professionnelle satisfaisante.

(...)

Le diagnostic CIM 10 posé lors du séjour du 22.01 au 24.02.2009 était:

- F 32.2 trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique
- Trouble dissociatif de la personnalité

M. Z._____ a une personnalité apparemment normale, P.A.N. qui renvoie à son statut social et professionnel, son statut de père de famille. C'est à ce moment qu'il est parfois ironique et provocateur dans ses propos. Cette personnalité était soutenue par l'insertion dans l'entreprise familiale et la possibilité de prendre la suite du père dans la gestion de l'entreprise.

La vente de l'entreprise familiale a mis fin à l'étayage de la P.A.N et a favorisé la manifestation d'une personnalité émotionnelle, P.E. qui prend le devant de la scène lorsqu'il est confronté à des déclencheurs.

Cette P.E. qui renvoie à l'enfance en fait un être démuné, socialement phobique, avec une détresse affective et des conduites d'échec. Ces deux personnalités sont en lui en dialogue contradictoire ce qui a pour effet de le rendre ambivalent et incapable de prendre une décision sans douter.

M. Z._____ a pris ses repas en chambre durant une grande partie de cette hospitalisation pour ne pas être confronté à d'autres

patients qui par leurs propos auraient pu avoir un rôle de déclencheur entraînant chez lui une détresse importante.

Les troubles dissociatifs de la personnalité sont mieux connus depuis une dizaine d'années et ne sont toujours pas enseignés dans le cursus d'études médicales. J'avais adressé M. Z. _____ à Mme V. _____, psychologue de B. _____, car c'est une des rares thérapeutes à pouvoir prendre en charge ce type de pathologie.

Ce trouble dissociatif de la personnalité explique à lui seul les bizarreries relevées par l'expert dans les tests psychologiques qu'il a fait passer au patient.

En présence d'une telle pathologie, il est illusoire de penser que l'arrêt d'une hypothétique consommation d'alcool mettrait fin au processus pathologique.

M. Z. _____ fait actuellement ce qu'il peut, et certainement beaucoup d'effort pour se maintenir dans une existence qui paraît minimale et complaisante.

Il est le premier à souffrir de son impuissance actuelle à assumer sa vie, et celle de sa famille, et ses difficultés ne méritent pas les jugements de valeurs et la conclusion simpliste de la seconde expertise, si peu respectueuse de la personne humaine".

Dans une lettre du 10 septembre 2009 également produite à l'appui de son opposition adressée à Me Logoz, par la Dresse F. _____, psychiatre traitant, celle-ci répond comme suit aux questions posées:

"a. Depuis quand suivez-vous régulièrement M. Z. _____ ?

Depuis le 19.01.2004.

b. Quel diagnostic posez-vous, respectivement avez-vous posé quant à l'affection dont il souffre ?

- Trouble dépressif récurrent, phase actuelle moyenne
- Personnalité border-line
- Pré-obésité
- Utilisation épisodique d'alcool dans les phases dépressives sévères
- Conflits familiaux importants par rapport à la gestion de l'entreprise familiale
- Deux divorces difficiles

c. Quel est l'état de santé actuel de M. Z. _____ ?

Il se trouve dans une phase dépressive moyenne, c'est-à-dire qu'il présente des troubles de l'humeur qui sont exprimés par une tristesse constante accompagnée d'un sentiment d'échec, d'inutilité, de renfermement sur soi et de sévères insomnies. Le patient présente aussi des crises de panique, surtout quand il [se] retrouve en société, dans un plus grand cercle de personnes, des crises d'angoisse par rapport à sa vie quotidienne au moment de

changements et de difficultés dans les programmes prévus avec les enfants, avec la famille. Il est très bouleversé par la décision de son assurance de supprimer son indemnité journalière et le diagnostic posé par l'expert, comme une accusation, ne correspond pas du tout avec ses premières observations (expertise de mars 2009); cette accusation d'alcoolisme chronique et plutôt une aggravation de la situation a encore plus perturbé son état de santé et renforcé son comportement de renfermement, des idées destructrices et bien sûr des difficultés relationnelles au niveau de son ex-femme, de ses enfants et de ses parents. En conclusion, je peux dire qu'il y a une aggravation de son état clinique sur le plan psychiatrique.

d. Estimez-vous qu'il souffre d'alcoolémie et que cette affection le rende incapable de travailler respectivement nuise à la thérapie mise en place ?

Je me permets juste de préciser que le terme que vous utilisez plus haut, à savoir si mon patient souffre d'alcoolémie, on peut parler de taux d'alcoolémie qui est une conséquence plutôt d'une personne souffrant d'alcoolisme chronique. L'utilisation d'alcool chez M. Z. _____ est épisodique et aggrave la situation de santé du patient, mais ce n'est pas la principale raison pour laquelle il est incapable de travailler, ceci, bien avant qu'il ne se mette à consommer de l'alcool épisodiquement. Plusieurs tests ont été effectués et ils ne sont pas significatifs. Je n'ai jamais vu le patient sous l'effet de l'alcool et s'il souffrait d'alcoolisme chronique, il aurait été tout le temps sous cette influence. S'il consomme quelquefois de l'alcool, c'est plutôt pour essayer d'atténuer ses crises d'angoisse, ses insomnies, c'est-à-dire comme une automédication dans les phases d'aggravation de son état psychique. Je dirais que grâce à la mise en place de la thérapie psychiatrique, M. Z. _____ est encore en vie malgré la gravité de son état dépressif avec de fortes idées suicidaires.

e. Pouvez-vous suivre la position exprimée par le Dr L. _____ telle qu'exprimée dans son rapport du 28 juillet 2009 ?

Non, je trouve que la première expertise faite en mars 2009 était beaucoup plus objective, détaillée et correcte sur le plan du diagnostic, de l'observation, des conclusions. Je suis étonnée de la conclusion de l'expert de son rapport du 28.07.2009 qui parle d'un état dépressif majeur dans une phase légère actuellement. Je ne comprends pas l'observation de l'expert que la médication a aidé le patient à améliorer son état de santé à 100% mais que la médication nuit avec la prise de l'alcool et qu'il faut arrêter la médication. Alors que s'il n'y avait pas eu la médication prescrite, il n'y aurait pas eu d'amélioration (à noter deux séjours hospitaliers au début de l'année) où on ne parle pas d'alcoolisation chronique du patient. Je pense que s'il y a une amélioration par rapport à la gravité des symptômes lorsque le patient est entré en clinique, cela ne veut pas dire qu'il est apte à 100% du point de vue de sa santé et qu'uniquement l'alcool occasionne cette incapacité de travail. Je trouve même léger par rapport au travail que les thérapeutes précédents ont fait vu la gravité de l'état de santé chez ce patient actuellement. Je ne peux donc pas accepter la conclusion de l'expert qui considère que le patient est capable à 100% de travailler et qu'il doit simplement arrêter de boire. Mon impression globale est que

cette expertise a été faite très vite, sans beaucoup d'observations cliniques de l'expert par rapport à l'évolution de son état. Par exemple, le fait que le patient a ouvertement parlé de son problème d'alcool en disant que «je bois un litre de vin, je bois à midi et je bois le soir» est une manière typique de présenter les faits chez une personne qui présente des troubles de la personnalité plutôt qu'un alcoolique chronique qui niera plutôt son alcoolisme.

L'expert signale qu'il y a une différence entre l'auto-évaluation et l'évaluation par les faits. Ce que je ne comprends pas dans la première expertise faite en mars, c'est que les évaluations des tests montraient des troubles dissociatifs importants de la personnalité, une dépression sévère, ce qui ne peut pas changer en 2-3 mois, en tout cas pas dans l'organisation de la personnalité du patient."

Elle a au surplus considéré que l'incapacité de travail de l'assuré était totale dès le 1^{er} septembre 2009 (certificats médicaux des 1^{er} septembre 2009, 5 octobre 2009, 11 novembre 2009 et 7 décembre 2009).

A la demande du conseil de l'assuré, Philos a soumis l'entier du dossier médical à son médecin-conseil, lequel s'est déterminé dans une correspondance du 29 octobre 2009, dont il ressort ce qui suit:

"Tests psychométriques

L'évolution de l'état dépressif de monsieur Z. _____ va clairement dans le sens d'une amplification volontaire des plaintes sur le plan psychiatrique. Ceci est démontré par les résultats des tests pratiqués par le Dr L. _____ (tous hors norme). Hors norme dans le cas particulier, signifie que l'assuré a tendance à exagérer ses plaintes. Ceci est confirmé par l'expert qui parle de préoccupations psychiques et somatiques parfois exagérées qui sont pour l'assuré un moyen de fuir ses responsabilités et d'attirer la compassion et l'aide de son entourage.

Consommation d'alcool:

En page 8 de l'expertise du 28.07.2009 l'expert relève que c'est l'assuré lui-même qui annonce spontanément une consommation excessive d'alcool (1/2 à 1 bouteille de vin rouge à midi, une bouteille de rouge le soir plus 1 ou 2 whisky en général). Il n'exprime manifestement que peu de motivation à envisager une quelconque modération de sa consommation. Le diagnostic de dépendance à l'alcool sévère est donc adéquat. Ce n'est donc pas, comme le relève sa psychiatre, une accusation d'alcoolisme chronique mais bien une reconnaissance par l'assuré lui-même d'une intoxication à l'alcool reconnue même si le test pratiqué à la recherche d'un alcoolisme chronique (CDT), est peu parlant il est tout à fait envisageable que l'assuré ait limité sa consommation d'alcool un certain temps avant d'être vu par l'expert. Du reste les autres tests hépatiques restent

perturbés en particulier la GGT ce qui témoigne d'une consommation d'alcool régulière et exagérée."

Par décision sur opposition du 30 décembre 2009, Philos a confirmé sa décision du 21 août précédent. Elle a considéré que l'avis du Centre médical N._____ (rapport d'expertise du Dr L._____ du 6 mars 2009 et avis complémentaire du 28 juillet 2009) prévalait sur les avis des médecins traitant, dès lors que le rapport d'expertise et son complément répondaient aux critères de la jurisprudence pour avoir pleine valeur probante.

B. Toujours représenté par son conseil, Z._____ a recouru contre cette décision par acte du 1^{er} février 2010, concluant, avec dépens, à sa réforme, en ce sens qu'il a droit à des indemnités journalières pour maladie au-delà du 31 juillet 2009. Evoquant l'avis des trois médecins qui l'ont suivi, savoir les Drs W._____, S._____ et F._____, le recourant soutient que l'expert L._____ n'a pas fait de réelle analyse de l'avis de ces praticiens qui se sont exprimés sur son état de santé. Il observe aussi que l'évolution récente de celui-ci confirme l'existence de troubles dépressifs récurrents de degré moyen à grave, puisqu'il a de nouveau été admis le 7 janvier 2010 pour un séjour d'ordre psychiatrique à la Clinique R._____. Il conteste par ailleurs souffrir d'un alcoolisme chronique, les résultats objectifs des tests hépatiques conduits par le Dr L._____ ne permettant pas selon lui de parvenir à une telle conclusion. A titre de mesures d'instruction, il a sollicité la mise en œuvre d'une expertise médicale pour évaluer réellement la nature et l'ampleur des atteintes à sa santé et leur caractère invalidant quant à sa capacité de travail.

Dans sa réponse au recours du 15 avril 2010, Philos a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision entreprise. Pour l'essentiel, elle expose que l'état dépressif du recourant a connu une évolution favorable depuis le début de l'année 2009 à tout le moins pour n'être plus que léger au mois de juillet suivant. L'intimée soutient en outre que la consommation excessive d'alcool par l'assuré contribue à aggraver son état de santé et empêche un travail thérapeutique et un retour à la vie professionnelle. Ce faisant, le recourant aurait doublement violé son

obligation de diminuer le dommage, tant par son manque d'engagement et de motivation dans ses recherches d'emploi que par sa consommation abusive d'alcool. Elle considère avoir retenu à juste titre que le recourant avait droit au versement d'indemnités journalières à 100% jusqu'au 31 juillet 2009 et que son état de santé ne justifiait plus une incapacité de travail au sens médical du terme au-delà de cette date. Elle a produit un lot de pièces parmi lesquelles figure notamment une lettre de sortie du 8 février 2010 de la Clinique R. _____ signée par son directeur général. Y est posé le diagnostic principal de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F 33.2). A titre de comorbidités, sont retenus une personnalité émotionnellement labile type borderline (F 60.31) ainsi que des troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool; utilisation nocive pour la santé (F 10.1). Il était notamment relevé que l'état thymique du patient s'était progressivement amélioré même si une anxiété anticipatoire importante persistait. Il était aussi fait allusion à l'utilisation épisodique d'alcool de façon anxiolytique à laquelle le recourant se livrait secondairement à son trouble dépressif récurrent et à son trouble de personnalité. Il était indiqué que l'attention du recourant avait été attirée sur les aspects nocifs d'une telle utilisation. Une reprise du suivi par la Dresse F. _____ était préconisée. Philos a également chargé le Dr H. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, de se prononcer sur le dossier médical du recourant, ce qu'il a fait dans sa lettre du 7 avril 2010. Il a ainsi répondu aux questions de la caisse intimée, après avoir résumé les principales étapes du parcours médical du recourant, dont il a cherché à mettre en évidence les principales problématiques, savoir l'existence de difficultés professionnelles, la personnalité et l'environnement familial de l'assuré, l'existence de difficultés personnelles et les conduites addictives. Il ressort de son évaluation globale que le Dr H. _____ fait pour l'essentiel siennes les conclusions du Dr L. _____ et du Dr G. _____.

Dans son mémoire complémentaire du 31 mai 2010, le recourant a maintenu les conclusions prises à l'appui de son recours. Il a renouvelé sa requête tendant à la mise en œuvre d'une expertise destinée à évaluer réellement la nature et l'ampleur des atteintes à la santé qu'il

présente, leur caractère invalidant et l'absence de capacité résiduelle de travail. Il demande que la prise de position du Dr H._____ soit retranchée du dossier au motif que ce médecin ne présenterait pas suffisamment d'indépendance vis-à-vis de l'intimée dont il serait un mandataire et qu'il a rendu son rapport sans avoir vu le recourant une seule fois. Sur le fond, le recourant conteste souffrir d'alcoolisme, n'ayant jamais admis qu'une consommation importante d'alcool qu'à titre d'automédication consécutive à des crises d'angoisse. Il nie par ailleurs que son état dépressif ait connu une évolution favorable. C'est à tort selon lui que l'intimée conteste l'avis de ses médecins traitant, privilégiant le rapport d'expertise du Dr L._____. Il en veut notamment pour preuve que les conclusions de l'expert ont été soumises au Dr G._____, l'ensemble du dossier médical ayant quant à lui été soumis au Dr H._____. Ce faisant, la caisse intimée a montré qu'elle doutait du bien-fondé des conclusions du Dr L._____. En outre, puisque son incapacité de travail est totale selon ses médecins traitant, le recourant estime que son obligation de diminuer le dommage se confond avec son incapacité de travail. Le recourant soutient enfin que les conditions d'assurance applicables (édition au 1^{er} mars 2008) ne permettent plus un refus ou une réduction des prestations en raison d'une prétendue "toxicomanie", contrairement à celles sur lesquelles se fonde la caisse intimée (édition au 1^{er} janvier 2003).

Dupliquant le 22 juin 2010, la caisse a confirmé que c'était à bon droit qu'elle avait mis fin aux prestations en faveur du recourant à compter du 1^{er} août 2009. Elle relève que la loi lui impose d'instruire le dossier ce qu'elle a fait en prenant d'office les mesures d'instruction nécessaires et en recueillant les renseignements médicaux dont elle avait besoin. Elle souligne à cet égard que les expertises administratives ne sont nullement assimilables à des expertises de partie, l'administration n'agissant pas en tant que partie à un procès, mais en tant qu'organe administratif chargé d'appliquer la loi. Elle considère au surplus que les Drs H._____, G._____ et L._____ présentent les compétences médicales et l'indépendance requises pour se prononcer sur les questions posées par ce cas. Elle répète que l'état de santé de l'assuré s'est

amélioré depuis le début de l'année 2009 et relève que l'assuré ne conteste pas qu'il serait en mesure d'exercer son activité professionnelle antérieure. La question de l'aptitude au placement ne se pose ainsi pas. Par ailleurs, en consommant de l'alcool de manière excessive alors que cela entrave son traitement et empêche sa guérison, le recourant ne respecte pas son obligation de diminuer le dommage. S'agissant enfin des conditions générales applicables au cas présent, la caisse indique que celles en vigueur au 28 janvier 2008 sont applicables, date du début de l'incapacité de travail du recourant, et non celles du 1^{er} mars 2008, lesquelles n'étaient alors pas encore en vigueur et n'ont pas vocation à remplacer les conditions applicables à un cas donné. Elle a enfin de nouveau considéré qu'une expertise complémentaire n'était pas nécessaire, car elle ne permettrait pas de vérifier "rétroactivement" la capacité de travail de l'assuré durant l'été 2009.

E n d r o i t :

1. a) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD).

La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est donc compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

b) Le recours du 1^{er} février 2010 a été interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision sur opposition du 30 décembre 2009, compte tenu de la suspension des délais durant les fêtes de Noël (art. 60 et 38 al. 4 let. c LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1], laquelle loi est en principe applicable en vertu de l'art. 1 al. 1 LAMal [loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie; RS 832.10]); il satisfait en outre aux autres conditions formelles de recevabilité (voir notamment art. 58 al. 1 et 61 let. b LPGA), de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 125 V 413 c. 2c; 110 V 48 c. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) En l'espèce, le litige porte sur la capacité de travail du recourant au 1^{er} août 2009 et sur la suppression de son droit à l'indemnité journalière à partir de cette date. En d'autres termes, la question à trancher est celle du droit du recourant à des indemnités journalières pour perte de gain de la part de la caisse intimée au-delà du 31 juillet 2009.

3. a) A teneur de l'art. 67 LAMal, toute personne domiciliée en Suisse ou qui y exerce une activité lucrative, âgée de quinze ans révolus, mais qui n'a pas atteint 65 ans, peut conclure une assurance d'indemnités journalières avec un assureur (al. 1). L'assurance d'indemnités journalières peut être conclue sous la forme d'une assurance collective (al. 3, première phrase).

Aux termes de l'art. 72 al. 2, première phrase, LAMal, le droit aux indemnités journalières prend naissance lorsque l'assuré a une capacité de travail réduite au moins de moitié (art. 6 LPGA). Est considéré comme incapable de travailler l'assuré qui, à la suite d'une atteinte à la santé, ne peut plus exercer son activité habituelle ou ne peut l'exercer que d'une manière limitée, ou encore avec le risque d'aggraver son état (ATF 129 V 51 c. 1.1 in fine et les références). Pour déterminer le taux de l'incapacité de travail, il faut, selon la jurisprudence, établir dans quelle mesure l'assuré ne peut plus, en raison de l'atteinte à la santé, exercer son activité antérieure, compte tenu de sa productivité effective et de l'effort que l'on peut raisonnablement exiger de lui; en revanche, la seule

estimation médico-théorique de l'incapacité de travail n'est pas déterminante (TF 9C_546/2007 du 28 août 2008 c. 3.3 et les références).

b) Conformément au principe de la libre appréciation des preuves (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dans le domaine médical, le juge doit ainsi examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, avant de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt que sur une autre. Concernant la valeur probante d'un rapport médical, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées par l'assuré, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire, enfin que les conclusions du rapport soient dûment motivées (TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 c. 4.2 et les références).

La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises ordonnées par l'assureur pour résoudre un cas litigieux, dans toute la mesure où les rapports y relatifs remplissent les exigences requises (cf. TF I 110/06 du 9 février 2007 c. 1.3 in fine). A l'inverse, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré ne doivent être admises qu'avec réserve; il convient en effet de tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients (cf. ATF 125 V 351 c. 3 et les références; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 c. 4.2). On ne saurait ainsi remettre en cause les conclusions d'une expertise ordonnée par l'administration, respectivement procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion divergente; il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments

objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise, et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (cf. TF 9C_220/2007 du 7 avril 2008 c. 4.4; TF 9C_142/2008 du 16 octobre 2008 c. 2.2 et les références).

4. a) L'intimée Philos, se fondant en particulier sur les conclusions de l'expertise du Dr L._____, a retenu que le recourant présentait une capacité de travail totale dès le 1^{er} août 2009, justifiant la suppression de son droit aux indemnités journalières. Le recourant a contesté cette appréciation en se basant sur les rapports médicaux de ses médecins traitant, soit, notamment, la lettre de sortie du 26 septembre 2008 de la Clinique R.____ (Dr W.____), la lettre de sortie de cette même clinique du 4 mars 2009, le certificat du Dr S.____ du 8 septembre 2009, celui du Dr W.____ du 10 septembre 2009 et le rapport de la Dresse F.____, psychiatre traitant, du 10 septembre 2009.

Il est constant que l'ensemble des médecins ayant examiné le recourant s'accordent à reconnaître qu'il souffre d'un état dépressif. Dans son rapport du 6 mars 2009, le Dr L._____ a notamment diagnostiqué un état dépressif récurrent [actuellement] de gravité moyenne et a retenu dans son complément du 28 juillet 2009 un état dépressif majeur de gravité légère. Le Dr H._____ a expliqué qu'il était tout à fait possible d'avoir un épisode dépressif majeur, épisode actuel léger, compte tenu du manuel diagnostique utilisé. Cela n'a donc rien d'insolite, contrairement à ce que prétend la Dresse F._____. Dans son rapport du 8 septembre 2009, le Dr S._____, spécialiste FMH en médecine interne et médecine intensive, ne pose aucun diagnostic, ni au plan somatique ni au plan psychiatrique. Dans ses avis des 26 septembre 2008 et 4 mars 2009, le Dr W._____, psychiatre FMH, a notamment retenu un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F 33.2). Le même diagnostic a été posé le 8 février 2010 par les médecins de la Clinique R._____. Quant à la Dresse F._____, psychiatre traitant, elle a diagnostiqué le 10 septembre 2009 un trouble dépressif, phase actuelle moyenne. Ces nuances diagnostiques importent peu, dans la mesure où, pour ce qui est de la capacité de travail, seul le Dr L._____ s'est

clairement prononcé et a considéré le 28 juillet 2009 qu'il n'y avait pas d'incapacité de travail au sens médical du terme. Ni le Dr W._____, ni le Dr S._____ ne se sont exprimés à ce propos dans leurs avis établis à la demande du conseil du recourant les 8 et 10 septembre 2009. La prise de position de la Dresse F._____ du 10 septembre 2009 ne fait que contester les conclusions du Dr L._____, sans pour autant faire état d'éléments qui n'auraient pas été pris en considération par l'expert. Quant aux certificats d'incapacité de travail établis par la psychiatre traitant, ils ne sont nullement étayés de sorte qu'ils ne permettent pas de remettre en cause l'appréciation du Dr L._____ sur ce point. Enfin, ni la lettre de sortie de la Clinique R._____ du 8 février 2010, ni le rapport du Dr H._____ du 7 avril 2010, au demeurant postérieurs à la décision querellée, n'évoque cette question. Au surplus, la situation clinique décrite dans les différents rapports médicaux versés au dossier est convergente et correspond à une décompensation avec dépression dans le cadre d'un trouble de la personnalité dans un contexte de difficultés professionnelles et conjugales.

La caisse intimée considère que l'état de santé du recourant s'est amélioré et qu'il présente une capacité de travail totale dès le 1^{er} août 2009. On ne voit pas que le recourant rende vraisemblable une éventuelle aggravation de son état de santé, les avis médicaux qu'il a produits à l'appui de son recours ne lui étant d'aucun secours à cet égard. Aucun d'eux ne fait clairement état d'une péjoration de son état de santé, hormis la Dresse F._____, psychiatre traitant, qui pourtant, pose le diagnostic de trouble dépressif récurrent, phase actuelle moyenne, dans une correspondance du 10 septembre 2009 établie à la demande du conseil du recourant. Elle ne fait cependant pas état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise. Bien plutôt, les lettres de sortie établies par la Clinique R._____ retiennent une évolution favorable (cf. lettres de sortie du 26 septembre 2008, 4 mars 2009 et 8 février 2010) à la suite de ces séjours.

b) Le recourant conteste souffrir d'un éthyliste chronique. Tout au plus, s'appuyant sur les avis des Drs S._____, W._____ et

F._____, admet-il des épisodes alcooliques s'expliquant par ses troubles dépressifs récurrents et ses phases d'angoisse. La consommation d'alcool à des fins anxiolytiques n'est donc pas contestée, seul le caractère chronique de celle-ci est en cause. Cela étant, en retranscrivant les indications subjectives de l'assuré, le Dr L._____ a relevé, dans son expertise du 6 mars 2009, que celui-ci déclarait lui-même s'alcooliser surtout le soir. Le 28 juillet 2009, il a indiqué que le recourant annonçait spontanément une consommation excessive d'alcool, laquelle avait du reste déjà été mentionnée par le Dr G._____ dans son rapport du 5 juin 2008 à la Dresse F._____. Le recourant relève que les analyses de CDT ainsi que les analyses de laboratoire ne révèlent pas d'altération au niveau hépatique compatible avec un éthylysme chronique. Certes, il convient de se montrer prudent dans l'interprétation des résultats des tests hépatiques effectués par le Dr L._____. Il n'en demeure pas moins que le recourant a spontanément annoncé en 2008 et en 2009 une consommation exagérée d'alcool. Par ailleurs, le diagnostic de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool; utilisation nocive pour la santé (F 10.1) a été posé par les médecins de la Clinique R._____ dans leur lettre de sortie du 8 février 2010, le recourant ayant de surcroît été expressément rendu attentif à la nocivité d'une consommation d'alcool à des fins anxiolytiques par les médecins de cette clinique. Ce point est souligné par le Dr H._____ qui, références médicales à l'appui, met en évidence l'effet nocif de la consommation d'alcool sur la symptomatologie dépressive. L'abus d'alcool exacerbe ainsi des problèmes relationnels et sociaux par l'effet dépressogène et anxiogène qu'il provoque à moyen terme. En retenant des troubles mentaux et des troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool (F 10.1), les médecins de la Clinique R._____ ne disent pas autre chose. Il en va de même de la Dresse F._____, qui évoque des troubles de la personnalité (lettre du 10 septembre 2009, p. 3).

Il revient donc au recourant de réduire sa consommation d'alcool de manière à voir son humeur s'améliorer et se stabiliser et la symptomatologie dépressive régresser. Le Dr H._____ exprime clairement ce point de vue, en indiquant que le traitement envisagé doit

donner la priorité à l'abstinence. De son côté, le Dr G._____ mentionne dans sa lettre du 5 juin 2008 que l'assuré a "été fortement impressionné par les conseils qui lui ont été donnés concernant son hygiène de vie (excès de poids, OH, tabagisme, cholestérol ...)". Il semble cependant ne pas en avoir fait grand cas, puisque le Dr L._____ observe le 28 juillet 2009 que le recourant "n'exprime aucune véritable autocritique, ni le désir de prise en charge par rapport à son éthyliisme". En fin de compte, il importe peu de savoir si la consommation d'alcool est à l'origine ou la conséquence de l'état dépressif. Il suffit de constater que la consommation excessive d'alcool entrave l'efficacité du traitement et la réinsertion du recourant, ce dont celui-ci ne disconvient au demeurant pas.

En définitive, on retiendra que l'assuré ne présente pas d'incapacité de travail et qu'il peut raisonnablement être exigé de lui qu'il mette à profit sa capacité de travail dans une activité adaptée. Dans ces conditions, c'est donc à juste titre que Philos a mis un terme au versement d'indemnités journalières au 31 juillet 2009. Le recours doit donc être rejeté et la décision attaquée confirmée.

5. Au vu de ce qui précède, le dossier est complet pour que la cause soit tranchée sur la base des pièces médicales versées au dossier constitué, de sorte qu'il n'y a pas lieu de procéder à un complément d'instruction, soit de mettre en œuvre une expertise.

En effet, le juge peut renoncer à un complément d'instruction sans que cela entraîne une violation du droit d'être entendu s'il est convaincu, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles il doit procéder d'office, que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (appréciation anticipée des preuves; ATF 106 la 161 c. 2b; TF 8C_659/2007 du 27 mars 2008 c. 3.2 et les références citées).

6. La procédure étant gratuite, il n'y a pas lieu de percevoir de frais de justice (art. 61 let. a LPGA). Débouté, le recourant n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision attaquée est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais de justice ni alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me François Logoz, avocat (pour Z. _____),
- Philos, Caisse maladie-accident,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :