

VD_GERICHTE ZE09.016531 vom 14. April 2011

VD Tribunal cantonal, 2011-04-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZE09.016531

FR: VD_GERICHTE ZE09.016531 du 14 avril 2011

IT: VD_GERICHTE ZE09.016531 del 14 aprile 2011

Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AM 26/09 - 41/2011 CO UR DE S ASSURANCES S
OCIALES _____ Arrêt du 14 avril 2011

_____ Présidence de Mme THALMANN Juges : Mme Brélaz Braillard et
M. Bonard, assesseur Greffier : M. Simon ***** Cause pendante entre : J. _____, à
Ollon, recourant, représenté par Me Eduardo Redondo, avocat à Vevey, et CAISSE
VAUDOISE, à Martigny, intimée. _____ Art. 21 LPGA; art. 72 LAMal 402

- 2 - E n f a i t : A. J. _____ (ci-après: l'assuré), né en 1951, travaillait depuis 1988 en
qualité de juriste à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après:
l'OAI). Il était assuré en perte de gain auprès de la Caisse vaudoise. Le 16 février 2005, il a
déposé auprès de l' Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaудdu Valais
(ci-après: l'OAI VS) une demande de prestations AI tendant à l'octroi d'une rente, se
prévalant de dépression. Dans un rapport du 18 avril 2005, le Dr K. _____, spécialiste
FMH en médecine générale à Ollon et médecin traitant de l'assuré, a posé les diagnostics de
syndrome de dépendance à l'alcool, de probables troubles neuropsychologiques liés à la
consommation d'alcool et d'épilepsie lors de sevrages sauvages. Le 6 juillet 2005, le Dr
W. _____, spécialiste FMH en psychiatrie à Montreux et psychiatre traitant, a retenu les
diagnostics de trouble de l'adaptation, de trouble dépressif et anxieux mixte, de possible
trouble psycho-organique (en investigation) et de difficultés conjugales, puis une incapacité
de travail à 100% depuis le 21 décembre 2004. Le 7 mai 2005, en tant qu'employeur, l'OAI
a signé une déclaration d'incapacité de travail maladie à l'intention de la Caisse vaudoise, le
dernier jour de travail étant le 23 décembre 2004. Par courrier du 21 octobre 2005, la Caisse
de pensions de l'Etat de Vaud (ci-après: la CPEV) a informé l'assuré qu'elle lui allouait une
rente entière dès le 1er octobre 2005. Par lettre du 9 mars 2006, la Caisse vaudoise a écrit ce
qui suit à l'assuré: Nous avons récemment pris connaissance de la décision de la Caisse de
pensions de l'Etat de Vaud de vous octroyer une rente à partir du 10 octobre 2005.

- 3 - Or, les prestations de l'assurance-maladie ou leur concours avec celles d'autres
assurances ne doivent pas entraîner de surindemnisation des assurés. C'est pourquoi, nous
établissons, ci-dessous, un décompte nous permettant de déterminer le montant à vous
verser tenant compte de votre incapacité de travail. Revenu annuel = Fr. 116'232.35
Montant assuré: Fr. 116'232.35 :365 jours = Fr. 318.45 Calcul de la perte de gain Perte de
gain annuelle = Fr. 116'232.35 ./.. Rente annuelle LPP = Fr. 66'440.40 Perte de gain = Fr.
49'791.95 Montant journalier: Fr. 49'791.95 : 365 jours = Fr. 136.40 Tenant compte de ce
qui précède, votre montant assuré reste à Fr. 318.35 et votre indemnisation sera basée sur un
montant journalier de Fr. 136.40. De plus, nous avons été informés sur le fait que votre
employeur ne vous versera plus votre salaire dès le 1er avril 2006. Dès cette date, vous ne
bénéficierez donc plus de l'assurance indemnité journalière de l'Office AI du canton de
Vaud. Toutefois, nous vous donnons la possibilité de maintenir l'affiliation à notre caisse,

en qualité de membre individuel, dès le 1er avril 2006. Dans ce cas, vous bénéficiez du libre passage et nous pouvons vous garantir les mêmes prestations accordées jusqu'à ce jour, sans nouvelle réserve sur vos branches d'assurance. De plus, vous restez au bénéfice du groupe d'âge qui vous a été accordé lors de votre entrée dans le contrat collectif. Voici les conditions ainsi que le tarif que nous vous proposons pour une indemnité journalière à titre individuel. Fr. 318.45 dès le 360ème jour Cotisation mensuelle: Fr. 152.85 Si notre offre vous intéresse, nous vous laissons le soin de nous retourner la déclaration d'adhésion ci-jointe, dûment remplie, au moyen de l'enveloppe-réponse annexée. Sans réponse écrite de votre part dans les 90 jours nous considérerons notre proposition comme nulle et non avenue et enregistrerons votre démission au sein de notre caisse-maladie, avec effet au 31 mars 2006." Le 21 mars 2005, l'assuré a adhéré à cette proposition.

- 4 - Les conditions particulières d'assurance de la Caisse vaudoise prévoient notamment les dispositions suivantes: "Art. 10 Réduction et refus des prestations I. a. Les prestations peuvent être réduites, voire dans les cas particulièrement graves, refusées en cas de toxicomanie (drogue, alcoolisme, tabagisme, etc.) [...] Art. 19 Fin de la couverture d'assurance La couverture d'assurance et le droit aux prestations prennent fin lorsque: - le droit aux prestations est épuisé; - la résiliation du contrat collectif d'assurance devient effective; - l'exclusion est prononcée; - l'assuré décède; - l'assuré a pris sa retraite, mais au maximum a atteint l'âge de 65 ans; - l'entreprise fait faillite; - les rapports de travail de l'assuré ont pris fin; - lorsque l'assuré cesse d'appartenir au cercle des assurés; - dès l'interruption de travail volontaire ne donnant pas droit à un salaire; - en cas de transfert du domicile à l'étranger, respectivement hors de la zone frontière pour le frontalier; - l'assuré n'est plus soumis à la LAMaI. Art. 20 Passage à l'assurance individuelle 1. Lorsqu'un assuré sort de l'assurance collective parce qu'il cesse d'appartenir au cercle des assurés défini par le contrat ou parce que le contrat a été résilié, il a le droit de rester assuré en qualité de membre individuel, le tarif des primes individuelles lui est alors applicable; l'âge d'entrée déterminant dans le contrat collectif est maintenu. Le preneur d'assurance doit faire parvenir à l'assureur dans les 15 jours un avis de sortie. 2. L'assureur doit faire en sorte que l'assuré soit renseigné par écrit sur son droit au maintien de l'assurance en qualité de membre individuel. S'il omet de le faire, l'assuré reste dans l'assurance collective. L'assuré doit faire valoir son droit dans les trois mois qui suivent la réception de la communication. 3. L'assuré qui renonce ou qui a perdu son droit de maintien de l'assurance en qualité de membre individuel est considéré comme étant sorti de l'assureur le jour où son affiliation à l'assurance collective prend fin. 4. Si, dans l'assurance en qualité de membre individuel, l'assuré ne s'assure pas pour des prestations plus élevées, de nouvelles réserves ne peuvent pas être instituées. En revanche, les réserves encore valables au moment du passage peuvent être maintenues

- 5 - dans l'assurance individuelle jusqu'à l'expiration de leur durée de validité. Au moment du passage dans l'assurance individuelle, l'assureur peut remettre en vigueur des réserves non applicables pendant la durée de l'assurance collective, à condition que le délai de cinq ans ne soit pas expiré. 5. Si l'indemnité journalière était fixée dans l'assurance collective en pour cent du salaire, l'assureur peut, dans l'assurance en qualité de membre individuel, transformer cette même couverture en une indemnité exprimée en francs fixes. Les dispositions sur la surassurance demeurent réservées. 6. Les indemnités journalières versées dans le cadre de l'assurance collective sont imputées sur celles de la couverture dont bénéficie l'assuré en qualité de membre individuel. 7. Le libre passage n'est pas accordé

lorsque l'engagement ne respecte pas les règles de la bonne foi". Selon un certificat d'assurance 2008 de la Caisse vaudoise, établi au nom de l'assuré, le montant de l'indemnité journalière s'élève à 318 fr. 45, le délai d'attente étant de 360 jours. Un mandat d'expertise psychiatrique a été confié par l'OAI VS (auquel l'OAI a transmis le dossier de l'assuré, dès lors qu'il s'agissait d'un employé de cet office) au Dr N._____, spécialiste FMH en psychiatrie à Genève, qui a établi son rapport le 16 novembre 2007. Il résulte de ce rapport notamment ce qui suit: "DIAGNOSTICS • Avec répercussion sur la capacité de travail; depuis quand sont-ils présents? - Aucun • Sans répercussion sur la capacité de travail; depuis quand sont-ils présents? - Trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2); présent depuis 2004 - Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool - Syndrome de dépendance (F10.2); présent depuis 2003 DISCUSSION ET APPRÉCIATION Nous sommes en présence d'une personne de 56 ans chez qui on ne relève pas, au cours du développement psycho-affectif, de conditions ou d'événements graves ayant pu interférer avec le processus normal de mise en place de la personnalité. [...] Dans le rapport d'examen psychologique du 26 avril 2006, de Madame S._____, psychologue, figure l'hypothèse diagnostique

- 6 - d'une personnalité au noyau psychotique organisé pour parer à l'angoisse de persécution sur un mode rationnel, narcissique, avec des éléments d'emprise. Les tests projectifs mettent en évidence une structure psychique. Cela n'est pas synonyme de personnalité pathologique décompensée, ni même de trouble de la personnalité. La description de la structure profonde décrite ci-dessus est compatible avec un fonctionnement normal. Dans le rapport médical à l'intention de l'Assurance-Invalidité du 21 mai 2007 du Docteur K._____, il est évoqué avec une grande probabilité une structure de personnalité borderline. Aucun diagnostic de personnalité pathologique et plus particulièrement de personnalité émotionnellement labile, type borderline n'est retenu par le Docteur W._____ dans l'écrit (reçu le 30 mai 2007) au Docteur K._____, ni dans les rapports médicaux AI du 14 novembre 2006 et du 6 juillet 2005. Il n'apparaît pas que Monsieur J._____ présente une impulsivité (il se considère plutôt comme une personne qui réfléchit avant de prendre une décision), il n'apparaît pas qu'il présente une quérulence ou une tendance aux éclats de violence, ni qu'il présente une humeur instable (passage en quelques heures d'une symptomatologie dépressive à un relatif bien-être, au gré des nouvelles ou des événements). Il n'a jamais eu de gestes auto- agressifs et dit ne pas ressentir de sentiments par moments de vide ou d'ennui. De même, on ne constate pas de troubles de l'identité (professionnelle, sexuelle) ni de tendance à s'engager constamment dans des relations instables. L'assuré a été à même de mener à terme une formation universitaire puis de travailler dans son domaine en Suisse de manière stable. Sa vie sentimentale, si elle a été perturbée, n'est pas chaotique. En dehors des difficultés liées à l'émigration, au décès du père en 2000, puis aux difficultés conjugales et professionnelles, on ne relève pas, chez Monsieur J._____, de dysfonctionnement durable des conduites au point de dévier de la norme et donnant lieu à une altération du fonctionnement personnel, social et à une souffrance significative de manière permanente depuis l'adolescence. Pour ces raisons, le diagnostic de personnalité pathologique et a fortiori le diagnostic de personnalité impulsive, type borderline ne peut pas être retenu. Nous nous écartons du document précité du Docteur K._____. Il n'y a pas d'antécédents psychiatriques notables avant 2004. Dans les rapports médicaux AI du 6 juillet 2005 et du 14 novembre 2006, dans l'écrit (reçu le 30 mai 2007) du Docteur W._____ au Docteur K._____ est retenu le diagnostic de trouble de l'adaptation, réaction dépressive prolongée. Ce

diagnostic fait référence à une réaction dépressive à un facteur de stress, dans ce cas précis le décès du père en 2000. Il n'apparaît cependant pas que cet événement ait conduit à un état incapacitant. Par ailleurs, ce diagnostic suppose une symptomatologie légère. En tout état de cause, ce diagnostic ne peut plus être retenu actuellement pour des raisons techniques (il ne peut s'appliquer que pendant une durée maximale de 2 ans). Ce n'est qu'à partir du mois de septembre 2004 que Monsieur J._____ s'adresse au Docteur W._____, cela dans le contexte de difficultés au travail et de problèmes conjugaux. Une psychothérapie cognitivo-comportementale est alors déléguée à Monsieur I._____, thérapie qui aura lieu entre le mois de juillet 2005 et le printemps de 2006, avec une reprise pendant un temps réduit en janvier 2007

- 7 - dans le contexte de la séparation conjugale. Un traitement antidépresseur [...] sera mis en place [...]. Dans les rapports médicaux A1 du 6 juillet 2005 et du 14 novembre 2006, le Docteur W._____ cite une symptomatologie potentiellement limitative pour l'exercice de l'activité professionnelle (repli sur soi, anxiété, fatigabilité importante, sentiments d'inutilité). Signalons cependant que le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte suppose, selon les critères de la CIM-10, une symptomatologie relativement légère; ainsi, on comprend mal pourquoi l'incapacité de travail est déclarée totale. Il en est de même dans le rapport d'examen SMR daté du 9 mai 2006 de la Doctoresse Z._____ (diagnostic retenu identique); les constatations objectives sont marquées et stricto sensu elles sont potentiellement limitatives pour l'exercice de l'activité professionnelle. Ceci étant, comme à cette époque l'assuré était dans une phase de consommation d'alcool active, il n'a pas pu être possible de se déterminer sur la capacité de travail au sens de la loi A1. En effet, une consommation d'alcool a débuté en 2003 et a atteint son paroxysme à partir de 2004. Une tentative de sevrage en milieu institutionnel échoue à l'automne 2004 et la consommation a été active jusqu'en mars 2007. Ce n'est donc que depuis ce moment qu'il est possible de se prononcer sur l'étiologie des troubles neuropsychologiques décrits dans le compte-rendu du 21 novembre 2005 du Docteur M._____, dans la mesure où une abstinence a été attestée depuis le mois de mars 2007 par le Docteur K._____, dans le rapport médical [du] 21 mai 2007 à l'attention de l'A1. Les examens biologiques effectués le 9 novembre 2007, jour de l'entretien d'expertise, montrent un MCV et des γ -GT quasi normaux. Si l'absorption d'alcool a nettement diminué, elle n'est pas nulle comme le prétend Monsieur J._____. La valeur des CDT témoignant d'une consommation de plus de 60 grammes d'alcool pur par jour au cours des semaines passées (la limite supérieure selon l'OMS est de 40 grammes par jour pour les hommes). Néanmoins, la baisse de la prise d'alcool a permis une récupération sur le plan neuropsychologique: absence de ralentissement, absence de troubles mnésiques, absence de troubles de l'attention. Les troubles de la concentration réduits (cf ci-dessous) ne sont plus imputables à une absorption d'alcool résiduelle mais ils sont compatibles avec les effets secondaires dus au traitement antiépileptique [...]. Actuellement, Monsieur J._____ présente une symptomatologie réduite, compatible avec le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte. Signalons néanmoins que la composante anxieuse est peu marquée (une tension et une anxiété psychiques ont été présentes en début d'entretien au cours de l'examen du 9 novembre 2007 et se sont estompées rapidement). De même, la tristesse est légère, il n'y a pas d'anhédonie, il n'y a pas d'idées de mort ni de retrait social. Parmi les éléments potentiellement limitatifs pour l'exercice de l'activité professionnelle (diminution de l'énergie, diminution de la volonté, ralentissement psychomoteur, troubles de la concentration, troubles de la mémoire, fatigabilité, anxiété déstructurante). La diminution de l'énergie est peu marquée, tel que

cela est constaté à l'analyse du déroulement du quotidien. En effet, pendant la journée, l'assuré a des activités de bricolage, il fait les courses, il s'occupe du jardin, il prépare les repas, il fait le nettoyage, la lessive et le repassage, il surveille les devoirs de son fils, il effectue des démarches administratives et se rend aux rendez-

- 8 - vous qui sont agendés, il est parti en vacances en été comme à l'accoutumée. Il existe une diminution de l'élan vital légère, non incapacitante, dans la mesure où par exemple, au cours de l'examen du 9 novembre 2007 l'assuré a pu se montrer loquace et tonique par moments. Il n'y a pas de diminution de la volonté en ce sens que, par exemple, l'assuré a pu maintenir une abstinence. Il n'y a pas de ralentissement psychomoteur. Au cours de l'examen du 9 novembre 2007 nous n'avons pas objectivé de troubles de la mémoire à long terme, de la mémoire récente ni immédiate; ces éléments ont été testés formellement. Des troubles de la concentration sont présents et légers. Ils se manifestent lors de l'effectuation de soustractions à rebours répétées, par un temps de latence légèrement accru. Cet élément est compatible avec la diminution de la capacité de travail de 20% relevée par le Docteur C._____ dans le rapport de constatation neurologique du 30 mai 2007 et qui est dû aux effets secondaires du traitement antiépileptique [...]. Il n'y a pas de fatigabilité (absence d'augmentation du temps de latence aux questions au cours de l'entretien). Quant à l'anxiété, lorsqu'elle se manifeste, elle n'est pas psychiquement destructurante (absence d'envahissement du psychisme par l'angoisse avec abolition de tout processus de pensée). Remarquons que les troubles de la concentration entraînés par la prise d'acide valproïque (Depakine®) constituent un effet secondaire à un traitement médicamenteux; il ne s'agit pas d'un trouble mental au sens des critères de la CIM-10 (celle-ci ne retient que les effets toxiques des médicaments). Au sens strict, il n'est pas possible de retenir le code F06.7; pour cette raison, il ne figure pas sous la rubrique des diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail. Cela n'altère cependant en rien la limitation fonctionnelle de 20% relevée par le Docteur C._____ (la prescription d'acide valproïque, Depakine® est nécessaire pour stabiliser l'épilepsie). À partir de 2003, l'assuré a débuté une consommation d'alcool qui, comme mentionné ci-dessus, a atteint son paroxysme à partir de 2004. Il s'agit d'un alcoolisme primaire dans la mesure où il n'a pas été secondaire à une affection psychiatrique. C'est au contraire l'exacerbation de la prise alcoolique qui a été à l'origine de l'intensification d'une symptomatologie anxieuse et dépressive ainsi qu'à une atteinte neuropsychologique. Ceci se confirme par l'amélioration clinique sur le plan de l'anxiété, de la dépression ainsi que sur le plan neuropsychologique (la légère diminution de la concentration actuelle n'est attribuable qu'à la prise d'acide valproïque, Depakine®) avec l'abstinence. Il n'y a pas non plus de séquelles intellectuelles (absence de démence alcoolique) ni psychiatriques (absence de confabulations) à cette consommation passée. En résumé, il s'agit d'un assuré qui a pu présenter une symptomatologie légère et non incapacitante suite au décès de son père en 2000. Dans le contexte de difficultés conjugales et professionnelles, une prise d'alcool a, à partir de 2004, été à l'origine de l'apparition d'une symptomatologie anxieuse et dépressive franche ainsi qu'une atteinte neuropsychologique. Avec la diminution de la consommation, cette symptomatologie a diminué; à ce jour elle est non incapacitante. Il n'y a actuellement

- 9 - que les effets secondaires du traitement antiépileptique d'acide valproïque (Depakine®) qui justifient une diminution de la capacité de travail de 20% en tant que juriste". Le Dr N._____ en conclut que la capacité de travail sur le plan de l'Al est entière sur le plan psychiatrique avec une diminution du rendement de 20% depuis 2005

(mise en place du traitement d'acide valproïque, Depakine®). Par décisions des 3 et 4 janvier 2008, l'OAI VS a rejeté la demande de rente et de mesures professionnelles. Il a notamment considéré qu'une dépendance à des substances toxiques ne constituait une invalidité que si elle entraînait une atteinte à la santé physique ou mentale nuisant à la capacité de gain, ou si la dépendance résultait d'une atteinte à la santé, ayant valeur de maladie invalidante. Il a relevé que des pièces et plus particulièrement de l'expertise médicale rédigée en date du 16 novembre 2007 par le Dr N. _____ ainsi que du rapport final du SMR Rhône, il ressortait qu'en raison d'une toxicomanie, qui n'avait entraîné aucune atteinte à la santé physique ou mentale et qui ne résultait pas d'une atteinte à la santé, ayant valeur de maladie invalidante, l'assuré avait interrompu son activité lucrative de juriste le 21 décembre 2004. Il a conclu que cet état de fait ne justifiait donc pas l'intervention de l'AI, car en faisant preuve d'abstinence complète d'alcool et en poursuivant un traitement psychotrope avec suivi régulier chez un psychiatre, la capacité à exercer l'activité lucrative était du point de vue psychiatrique entièrement préservée. Ces décisions n'ont pas été contestées. Par décision du 8 avril 2008, la Caisse vaudoise a cessé, à bien plaisir et sans aucune reconnaissance d'obligation, le versement de ses indemnités journalières au 29 février 2008. Elle relevait que sur la base des pièces médicales en possession de l'OAI VS, ainsi que des décisions dudit office des 3 et 4 janvier 2008, l'incapacité de travail maximale admissible de l'assuré était de 20%, taux inférieur à celui de 50%, lequel donnerait droit à une indemnisation selon la LAMaI (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 832.10). Elle ajoutait qu'en cas d'opposition, elle se réservait le droit de lui demander la restitution des

- 10 - prestations versées depuis le début de l'incapacité de travail, soit le 16 décembre 2005. Divers certificats médicaux signés successivement par les Drs K. _____, puis T. _____, spécialiste FMH en médecine interne à Ollon, figurent au dossier attestant d'incapacités de travail depuis 2004 jusqu'au 31 juillet 2008. En date du 9 mai 2008, par son mandataire, l'assuré s'est opposé à la décision de la Caisse vaudoise. Le 16 septembre 2008, l'assuré a résilié son assurance d'indemnités journalières. Dans un courrier du 18 septembre 2008, la Caisse vaudoise a attesté de cette résiliation, avec effet pour le 30 septembre 2008. Le 9 décembre 2008, la CPEV a adressé au conseil de l'assuré la lettre suivante: "Dans sa séance du 9 décembre 2008, le Conseil d'administration de la Caisse de pensions de l'Etat de Vaud a réexaminé, suite au préavis du Médecin conseil de la Caisse, le dossier de votre client. En effet, le 26 novembre 2008, le Dr E. _____ a constaté, suite au nouveau rapport médical du Dr T. _____ du 29 octobre 2008 ainsi qu'à l'entretien téléphonique qu'il a eu avec ce dernier, qu'il existait une aggravation globale qui justifiait de lui accorder des prestations d'invalidité définitives à 100%. Dès lors, la décision du Conseil d'administration du 11 juin 2008 est modifiée dans le sens où il est accordé à votre client des prestations d'invalidité définitives à 100% dès le 1er août 2008. Les services de la Caisse reprendront prochainement contact avec votre client pour lui communiquer les prestations dues. Au vu de ce qui précède, le Conseil d'administration part de l'idée que la demande déposée par votre client le 14 juillet 2008 auprès du Tribunal des assurances est devenue sans objet. Il vous remercie dès lors de faire le nécessaire auprès de cette autorité". Le 3 avril 2009, la Caisse vaudoise a rendu une décision sur opposition rejetant celle-ci. Se référant en particulier à l'art. 72 al. 2 LAMaI

- 11 - et à la jurisprudence en matière d'indemnités journalières en cas de maladie, elle a considéré que l'état de santé de l'assuré ne justifiait pas d'incapacité de travail indemnisable,

ajoutant que l'OAI VS refusait toute prestation, qu'il s'agisse d'une rente d'invalidité ou de mesures professionnelles. B. Par acte du 5 mai 2009 de son mandataire, J. _____ a fait recours au Tribunal cantonal et a conclu, avec dépens, principalement à la réforme de la décision sur opposition du 3 avril 2009, en ce sens que la Caisse vaudoise est tenue de lui allouer des indemnités journalières pour une durée indéterminée dès le 1er mars 2008, subsidiairement à l'annulation de cette décision. Il soutient que la Caisse vaudoise ne peut se fonder sur l'appréciation de l'OAI VS, et plus particulièrement sur l'avis du Dr N. _____, dès lors que la jurisprudence en matière d'AI n'est pas applicable en matière d'assurance perte de gain. Il soutient, au vu des certificats médicaux produits, que son incapacité de travail est totale. Il a notamment produit un certificat médical du 28 avril 2009, signé du Dr T. _____, attestant d'une incapacité de travail complète dès le 31 juillet 2005. Il a requis production du dossier de son institution de prévoyance. Dans sa réponse du 8 juin 2009, l'intimée a conclu au rejet du recours. Reprenant puis développant ses précédents arguments, elle a en particulier considéré, compte tenu de l'expertise psychiatrique établie par le Dr N. _____, que c'est à bon droit qu'elle a mis un terme aux versement des prestations d'indemnités journalières en faveur de l'assuré au 29 février 2008. C. Le dossier AI a été produit. Y figurent notamment les pièces suivantes: - Un rapport médical du 18 avril 2005 du Dr K. _____, posant les diagnostics affectant la capacité de travail de syndrome de dépendance à l'alcool, de probables troubles neuropsychologiques liés à la

- 12 - consommation d'alcool et d'épilepsie lors de sevrages sauvages. Il a indiqué que la consommation chronique et massive d'alcool était déniée farouchement par l'assuré, que parallèlement à cette consommation s'installait un trouble dysthymique et anxieux consécutif à la dégradation des relations de travail, mais également en relation avec l'excès chronique d'alcool, et qu'un séjour à la Fondation H. _____ n'avait pour ainsi dire rien apporté au patient qui restait dans une banalisation de ses problèmes. - Un rapport médical du 6 juillet 2005 du Dr W. _____, qui pose les diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail de trouble de l'adaptation existant depuis 2000, de trouble dépressif et anxieux mixte existant depuis 2004, de possible trouble psycho-organique existant depuis 2002 et de difficultés conjugales. Sous la rubrique des diagnostics sans répercussions sur la capacité de travail, il a mentionné des difficultés conjugales ainsi qu'une ancienne dépendance à l'alcool, sevrée depuis septembre 2004, et s'est référé à un séjour à la fondation H. _____. Ce médecin a retenu une incapacité de travail totale depuis le 21 décembre 2004 et précisé que l'état de santé était stationnaire. - Un rapport de consultation neuropsychologique du 21 novembre 2005 de R. _____, psychologue spécialiste en neuropsychologie FSP, et du Dr M. _____, médecin chef du service de neuroréadaptation, de la Clinique romande de réadaptation, selon lesquels il existait des déficits neuropsychologiques affectant les fonctions mnésiques, exécutives et attentionnelles, ainsi qu'une perturbation dans l'organisation visuo-spatiale. Ces déficits ont été décrits comme étant sévères et vraisemblablement attribuables à l'état anxio-dépressif mais également et surtout à l'alcoolisme chronique. Les répercussions fonctionnelles actuelles étaient importantes et entravaient même à temps partiel une activité professionnelle telle qu'exercée par l'assuré. La situation était cependant susceptible d'évoluer en fonction de l'évolution de l'état thymique du patient.

- 13 - - Un rapport d'examen psychologique du 26 avril 2006 de S. _____, psychologue diplômée, indiquant que les tests permettaient de poser l'hypothèse diagnostique d'une

personnalité au noyau psychotique organisée pour parer à l'angoisse de persécution sur un mode rationnel et narcissique. Se référant à l'anamnèse de l'assuré et à ses déclarations quant à son avenir professionnel, elle a indiqué que la perspective de nouveaux efforts d'adaptation de ce dernier était au dessus de ses forces et que la reprise d'une activité semblait vaine. - Un rapport d'examen clinique SMR Rhône du 9 mai 2006 de la Dresse Z._____, psychiatre FMH, qui pose les diagnostics de trouble anxieux et dépressif mixte, de syndrome de dépendance à l'alcool, utilisation continue, et de troubles cognitifs légers liés à l'utilisation abusive d'alcool. Au vu de la dépendance persistante à l'alcool, les résultats de la prise de sang l'attestant, elle a exposé ne pas pouvoir se déterminer actuellement sur la capacité de travail; compte tenu de la gravité de l'addiction, elle a préconisé, dans un premier temps, un traitement stationnaire dans un établissement spécialisé dans les dépendances. - Un rapport médical du 6 novembre 2006 du Dr K._____, constatant l'absence d'évolution pour le problème de l'alcoolisme, signalant que des résultats biologiques montraient une consommation d'alcool persistante et quotidienne, puis préconisant une expertise pluridisciplinaire. - Un rapport médical du 14 novembre 2006 du Dr W._____ où figurent, sous la rubrique des diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail, ceux de trouble dépressif prolongé existant depuis 2000, de trouble dépressif et anxieux mixte existant depuis 2004 et de possible trouble psycho-organique existant depuis 2002. Sous la rubrique des diagnostics sans répercussions sur la capacité de travail figurent ceux d'ancienne dépendance à l'alcool, de difficultés conjugales et de difficultés liées à l'environnement social (mobbing) existant depuis 2004. Ce

- 14 - médecin a retenu une incapacité de travail totale depuis le 22 juin 2006 et un état de santé stationnaire. - Une lettre du 19 décembre 2006 de la Fondation H._____, qui indique un stage effectué par l'assuré du 8 août au 6 septembre 2004, puis une interruption par l'assuré du traitement de la dépendance à l'alcool à cette date. - Un rapport médical du 21 mai 2007 du Dr K._____, estimant que la consommation d'alcool de l'assuré pouvait être une manière de contenir un état d'anxiété chronique présent de longue date. Ce médecin a constaté une réelle abstinence à l'alcool et relevé une recrudescence de la symptomatologie anxieuse et un malaise relationnel évoquant une probable structure de personnalité borderline. - Une lettre non datée adressée par le Dr W._____ au Dr K._____, qui pose les diagnostics de trouble (réaction) dépressif prolongé, de trouble dépressif et anxieux (mixte), de possible trouble psycho-organique et ancienne dépendance à l'alcool. Ce médecin a retenu une incapacité de travail totale dans le métier de juriste et a préconisé la mise en œuvre d'une expertise neutre. - Un rapport de consultation neurologique du 21 mai 2007 du Dr C._____, neurologue FMH à Monthey, qui diagnostique une épilepsie partielle avec généralisation secondaire, une incapacité de travail de 20% étant admise sur le plan strictement neurologique. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-maladie (art. 1 al. 1 LAMal [loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie; RS 832.10]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas

- 15 - ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et respectant pour le surplus les autres conditions de

forme prévue par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), est recevable. b) La LPA-VD (loi cantonale du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1er janvier 2009, 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 compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). 2. En l'espèce, il y a lieu d'examiner si l'intimée doit ou non poursuivre le versement des indemnités journalières après le 28 février 2008. L'intimée s'est fondée sur la décision rendue par l'OAI VS pour dénier au recourant le droit à un tel versement, alors que celui-ci estime que la jurisprudence en matière d'Al relative à l'alcoolisme - à laquelle se réfère l'intimée - n'est pas applicable à l'assurance-maladie. 3. a) L'art. 21 al. 1 LPGA prévoit que si l'assuré a aggravé le risque assuré ou en a provoqué la réalisation intentionnellement ou en commettant intentionnellement un crime ou un délit, les prestations en espèces peuvent être temporairement ou définitivement réduites ou, dans les cas particulièrement graves, refusées. Selon la jurisprudence, l'art. 21 al. 1 LPGA doit être interprété en ce sens qu'il exclut de manière générale une réduction des prestations à raison d'une faute grave non intentionnelle. A défaut de dispositions particulières dans la LAMaI, cette disposition est applicable au domaine

- 16 - des indemnités journalières régies par les art. 67 ss LAMaI; il s'agit d'une règle impérative qui ne laisse aucune place à une réglementation dérogatoire dans les dispositions réglementaires ou statutaires des assureurs-maladie (ATF 130 V 546 consid. 3 et les références citées). Dans les cas d'alcoolisme, le Tribunal fédéral considère qu'une faute intentionnelle suppose pour le moins chez l'intéressé l'existence d'une volonté délibérée et consciente de s'adonner à l'alcool dans une mesure propre à provoquer un état maladif (ATF 130 V 546 consid. 1; 119 V 179 consid. 5). La jurisprudence développée en matière d'Al selon laquelle la dépendance, qu'elle prenne la forme de l'alcoolisme, de la pharmacodépendance ou de la toxicomanie, ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi (ATF 124 V 265 consid. 3c; TF 9C_960/2009 du 24 février 2010 consid. 2.2), n'est ainsi pas applicable en matière d'assurance-maladie. Dans le cas présent, il n'est pas établi que le recourant ait commis une faute intentionnelle. On ne dispose en effet pas du moindre indice en faveur d'une telle volonté. Il résulte plutôt du dossier que le recourant peine à prendre conscience de l'importance de son problème de dépendance à l'alcool. En conséquence, même si l'alcoolisme entraîne à lui seul une incapacité de travail, le droit à des indemnités journalières est ouvert, pour autant que les autres conditions en soient réunies. b) La documentation médicale figurant au dossier n'apparaît pas suffisante pour déterminer la capacité de travail du recourant. En effet, dans son rapport d'expertise du 16 novembre 2007, le Dr N._____ a examiné la question de l'invalidité et partant de la capacité de travail en matière d'assurance-invalidité. Il n'a en particulier pas tenu compte dans son appréciation de l'alcoolisme du recourant, le considérant comme primaire. Ses conclusions ne peuvent donc être suivies dans la présente cause, relative à des prestations de la LAMaI.

- 17 - Le dossier ne permet pas de savoir ce qu'il en est de l'influence du problème d'alcoolisme du recourant sur sa capacité de travail en matière d'assurance-maladie. En effet, il résulte des rapports médicaux des Drs K._____ (rapports des 18 avril 2005 et 6 novembre 2006), M._____ (rapport du 21 novembre 2005) et Z._____ (rapport du 9 mai 2006), que la consommation d'alcool est persistante et quotidienne, alors que le Dr W._____ indique une ancienne consommation d'alcool sevrée depuis 2004 (rapport du

6 juillet 2005). Le 21 mai 2007, le Dr K. _____, tout en signalant une recrudescence des troubles psychiques affectant l'assuré, fait état d'une abstinence à l'alcool. Toutefois, le Dr N. _____ mentionne que, selon les examens biologiques effectués le 9 novembre 2007, l'absorption d'alcool a certes nettement diminué, mais qu'elle n'est pas nulle, la consommation étant de plus de 60 grammes d'alcool pur par jour au cours des semaines précédentes alors que la limite supérieure selon l'OMS est de 40 grammes par jour pour les hommes (expertise du 16 novembre 2007). Enfin, on ignore l'évolution de l'état de santé du recourant jusqu'au 3 avril 2009, date de la décision sur opposition. Seul un certificat médical du 28 avril 2009 établi par le Dr T. _____ indique une incapacité de travail totale, en l'absence toutefois de toute motivation. 4. Il n'est en conséquence pas possible à la Cour de céans de statuer en l'état, soit de déterminer si l'intimée était fondée à mettre un terme au versement des indemnités journalières à fin février 2008. Il y a dès lors lieu d'annuler la décision attaquée et de renvoyer la cause à l'intimée afin qu'elle fasse effectuer une expertise pluridisciplinaire portant sur les troubles psychiques et somatiques ainsi que sur l'alcoolisme du recourant, puis rende une nouvelle décision. La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires. Au vu de l'issue du litige, le recourant obtenant gain de cause, il y a lieu de lui allouer une indemnité de dépens de 2'000 fr., à charge de l'intimée, qui succombe (art. 61 let. g LPGA).

- 18 - Par ces motifs, la Cour des assurances sociales p r o n o n c e : I. Le recours est admis. II. La décision sur opposition rendue le 3 avril 2009 par la Caisse vaudoise est annulée et la cause renvoyée à cette assurance pour nouvelle décision après complément d'instruction au sens des considérants. III. La Caisse vaudoise versera au recourant J. _____ la somme de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens. IV. Il n'est pas perçu d'émolument judiciaire. La présidente : Le greffier : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - Me Eduardo Redondo, avocat à Vevey (pour J. _____) - Caisse vaudoise - 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

- 19 - 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 :

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