

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 27 juillet 2026

Composition : M. TINGUELY, président
Mme Durussel et M. Wiedler, juges
Greffière : Mme Simonin

* * * * *

Cause pendante entre :

B._____, à Q***, recourant,

et

A._____ **SA**, à R***, intimée.

Art. 67 LAMal, 6 LPGa

En fait :

A. **B.**_____ (ci-après également : l'assuré ou le recourant), né en 1971, est au bénéfice d'une formation d'électricien et d'ingénieur en télécommunications. Il a été engagé dès le 1^{er} mai 2023 comme responsable d'entité à 100 %, par la société **D.**_____ SA (ci-après également : l'employeur), active dans la construction de réseaux électriques et de télécommunications. A ce titre, il était assuré auprès d'**A.**_____ SA (ci-après également : l'assureur perte de gain ou l'intimée) pour la perte de gain en cas de maladie par le biais d'un contrat collectif conclu le 1^{er} janvier 2023. Ce contrat prévoyait, en cas de maladie, le versement d'indemnités journalières pendant 730 jours sur une période de 900 jours consécutifs, pour une ou plusieurs incapacités de travail, avec un délai d'attente de 14 jours. Le montant de l'indemnité journalière s'élevait à 90 % du salaire.

Par formulaire du 4 juin 2024, **D.**_____ SA a annoncé à l'assureur perte de gain que l'assuré se trouvait en incapacité de travail pour cause de maladie depuis le 27 mai 2024.

L'assureur perte de gain a versé des indemnités journalières à l'employeur dès le 10 juin 2024.

A la demande d'**A.**_____ SA, le Dr **F.**_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, psychiatre traitant de l'assuré, a indiqué, dans un rapport du 13 septembre 2024, que son patient était en arrêt maladie à 100 % depuis la date précitée en raison d'un état d'épuisement massif, physique et psychique (« burn-out » grave), avec un état anxieux et dépressif secondaire et une hypertension artérielle. Actuellement, la situation était inchangée depuis le début de l'arrêt maladie, l'assuré présentant toujours une hypertension artérielle itérative ainsi qu'un état d'épuisement constant et une très grande fatigabilité physique et mentale, notamment. Le patient prenait une médication anxiolytique et antidépressive. Le Dr **F.**_____ relevait qu'il était impossible pour le

moment de se déterminer sur une date de reprise du travail en raison de l'épuisement massif initial et de la persistance des symptômes.

Par lettre du 25 septembre 2024, l'employeur a résilié le contrat de travail le liant à l'assuré, avec effet au 31 décembre 2024. Les indemnités journalières ont été versées directement à ce dernier dès le 1^{er} janvier 2025.

Dans un courriel du 3 octobre 2024, l'assuré a informé l'assureur perte de gain qu'il avait déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, après discussion avec son médecin traitant.

Aux termes d'un rapport du 27 février 2025 à A. _____ SA, le Dr F. _____ a posé les diagnostics d'épuisement professionnel massif physique et psychique (Z73.0) et de trouble anxio-dépressif secondaire (F41.2) depuis le début de l'année 2024, signalant que l'évolution des symptômes était très progressivement positive. Son patient restait fatigable, une fatigue intense étant observable après une à deux heures d'activité intellectuelle ou physique. Le Dr F. _____ a précisé que l'assuré restait totalement incapable de travailler dans toute activité.

Dans un avis du 14 mars 2025, le Dr H. _____, médecin-conseil de l'assureur perte de gain, a préconisé la mise en œuvre d'un consilium psychiatrique.

Par courrier du 18 mars 2025, A. _____ a convoqué l'assuré à un examen médical le 11 avril suivant, réalisé par le Dr G. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

Dans son rapport du 11 avril 2025, le Dr G. _____ a relevé que l'assuré lui avait notamment indiqué ce qui suit, au sujet de son état actuel : « Depuis le début de l'année, je suis en train de revoir ma vision du travail et j'ai eu un coaching par l'assurance-invalidité qui m'a beaucoup aidé et m'a dirigé vers le fait que revenir dans une société avec une hiérarchie n'est

plus possible, il vaut mieux envisager un travail d'indépendant ou de sous-traitant. Dans ce cas, on peut gérer son travail et son temps, gérer les flux d'information et focaliser sur un travail après l'autre. A partir du 22 avril, on a décidé d'un certificat médical à 20 % pour couvrir le fait que je prospecte et que je cherche des clients soit dans le service nautique, soit dans la gestion de projets télécoms. La mise en place de projets demande pas mal de télétravail. Je viens aussi de passer mon permis de grutier pour les bateaux, c'est aussi mon autre domaine de compétence, dans les deux cas, je fais marcher mon réseau ». Le Dr G._____ a posé le diagnostic de trouble de l'adaptation avec prédominance d'une perturbation d'autres émotions dans un contexte de stress professionnel sévère (F43.23) selon la CIM-10, correspondant à un trouble de l'adaptation, spécifié, avec prédominance d'une humeur anxieuse et de fatigue psychique persistante (6B43) selon la CIM-11. Le Dr G._____ a précisé qu'en l'absence d'une entité nosographique de « burn-out » dans les classifications CIM-10 et CIM-11, le diagnostic principal retenu devait être un trouble d'adaptation, avec des manifestations mixtes de type anxieux et asthénique, sans trouble dépressif caractérisé. Il a indiqué que l'incapacité de travail était de 100 % dans l'activité habituelle à l'heure actuelle, au moins jusqu'au 30 juin 2025, au vu de l'état psychique actuel de l'assuré (troubles de l'adaptation avec symptômes anxieux, asthéniques et baisse d'endurance) et les exigences spécifiques de son emploi habituel (niveau de responsabilité élevé, forte pression temporelle, disponibilité cognitive et affective soutenue, contexte conflictuel antérieur). L'exposition à de tels facteurs entraînait un risque de rechute ou d'aggravation. Le Dr G._____ a encore précisé qu'il n'était pas possible d'évaluer l'évolution probable de l'incapacité de travail dans le cadre de l'activité habituelle à ce stade. Il a estimé qu'à court terme, le retour à l'emploi était possible mais pas dans les mêmes conditions ni dans le même poste. Il a ajouté que l'incapacité de travail pourrait progressivement diminuer à condition qu'un changement d'activité ou d'environnement soit effectué, ce qui impliquerait qu'il occupe un poste moins exposé ou une activité indépendante. Il a précisé que l'incapacité de travail n'était pas seulement liée au lieu de travail actuel mais qu'elle résultait d'un trouble psychique installé avec une baisse des capacités fonctionnelles générales, rendant l'assuré inapte à occuper tout poste

similaire même dans un autre environnement. Le Dr G._____ a indiqué que, dans une activité adaptée, l'incapacité de travail de l'intéressé était de 50 % du 22 avril au 31 mai 2025 et de 25 % du 1^{er} au 30 juin 2025. Dès le 1^{er} juillet 2025, la capacité de travail était totale dans une activité adaptée. Le Dr G._____ a exposé à cet égard ce qui suit : « Une incapacité de travail dans une activité adaptée peut être évaluée à l'heure actuelle. En tenant compte de l'évolution favorable, de l'implication active de l'assuré dans des démarches de réinsertion, de la préservation de nombreuses capacités fonctionnelles et de l'absence de troubles psychiatriques invalidants majeurs, une activité adaptée - autonome, avec flexibilité dans l'organisation, peu soumise à des contraintes hiérarchiques et à un multitâche simultané - pourrait être envisagée dès à présent à un taux partiel, estimé à environ 50 %. Ce taux pourrait évoluer positivement dans les mois à venir si la stabilisation clinique se poursuit ». Le Dr G._____ a signalé que d'autres renseignements médicaux ou le recours à un expert étaient nécessaires, un rapport psychiatrique d'évolution devant être demandé d'ici deux mois. Il a encore mentionné avoir indiqué à l'assuré ne pas constater de troubles psychiatriques préoccupants et être favorable à une reprise d'activité progressive, ce qui correspondait en fait à légitimer ce qui était déjà en cours.

Par avis du 30 avril 2025, le Dr K._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, médecin-conseil de l'assureur perte de gain, a considéré que les conclusions du Dr G._____ n'étaient pas entièrement convaincantes, relevant que l'atteinte diagnostiquée par l'expert et les limitations fonctionnelles posées par ce dernier ne plaident pas en faveur d'une atteinte durable nécessitant médicalement un changement de profession. Il a par ailleurs estimé que les conclusions du Dr G._____, s'agissant d'une capacité de travail de l'assuré comme indépendant et non dans son activité habituelle, étaient peu convaincantes au motif que si des capacités fonctionnelles étaient suffisamment récupérées pour travailler comme indépendant, il ne voyait pas pour quelle raison ces capacités ne pourraient pas être mises à profit dans l'activité habituelle, d'autant plus que l'assuré avait relaté la présence de facteurs extra-médicaux ayant participé à générer une situation ne correspondant pas à la fonction qui était

la sienne. Le Dr K._____ a ajouté que le déroulement du quotidien de l'assuré ne montrait aucune altération, de sorte que les limitations fonctionnelles n'apparaissaient pas uniformes. En définitive, le Dr K._____ a considéré que l'assuré conservait une capacité de travail dans son activité habituelle, comme dans toute activité correspondant à son niveau de compétences, cette capacité étant de 50 % dès le 22 avril 2025, de 75 % dès le 1^{er} juin 2025 et de 100 % dès le 1^{er} juillet 2025.

Dans une décision du 6 mai 2025, A._____ a mis un terme au versement de ses prestations avec effet au 31 juillet 2025, en se fondant les considérations suivantes : « après analyse de votre dossier, notamment constitué par les pièces médicales requises auprès des différents médecins que vous avez consultés et en particulier le rapport de l'expert vu le 11 avril 2025, notre médecin-conseil constate qu'une reprise du travail à 50 % est médicalement possible dès le 1^{er} juin 2025, à 75 % dès le 1^{er} juillet 2025 et à 100 % dès le 1^{er} août 2025 ».

Par courrier du 15 mai 2025, l'assuré s'est opposé à cette décision, en concluant, en substance, à la révocation ou au réexamen de la décision dans le cadre d'un complément d'instruction auprès de son médecin traitant, ainsi qu'au maintien du versement intégral de ses indemnités journalières jusqu'à la fin légale de son incapacité de travail. Il a conclu, par ailleurs, à la restitution de l'effet suspensif à l'opposition. Il a fait valoir que l'avis du Dr K._____, établi après une seule consultation, ne saurait justifier à lui seul la décision de l'assureur perte de gain, d'autant plus que cet avis allait à l'encontre des conclusions concordantes et médicalement fondées de ses médecins traitants qui le suivaient depuis des mois. Il en a conclu que la décision était fondée sur une appréciation manifestement incomplète et unilatérale des faits, violant les art. 43 à 47 et 52 LPGa.

Par décision sur opposition du 12 juin 2025, A._____ a rejeté l'opposition et confirmé sa décision du 6 mai 2025, de même qu'elle a rejeté la demande de restitution de l'effet suspensif. L'assureur perte de gain a en substance retenu que l'expertise confiée au Dr G._____ était fondée sur

le dossier complet de l'assuré et que celle-ci avait été soumise à son médecin-conseil, lequel avait dûment expliqué pourquoi il convenait de nuancer les conclusions du Dr G._____.

Par certificats médicaux successifs, le Dr F._____ a attesté que l'assuré présentait une incapacité de travail de 100 % pour la période du 27 mai 2024 au 21 avril 2025, de 80 % du 22 avril au 31 mai 2025, de 70 % du 1^{er} au 30 juin 2025 et de 60 % du 1^{er} juillet au 31 août 2025 pour des raisons médicales.

B. Par acte du 2 juillet 2025, B._____ recourt contre la décision sur opposition du 12 juin 2025 d'A._____ devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à l'annulation de la décision sur opposition du 12 juin 2025 et au maintien du versement des indemnités journalières, conformément aux certificats médicaux du Dr F._____. Il conclut subsidiairement au renvoi de la cause à l'assureur pour complément d'instruction au plan médical. A titre incident, il requiert la restitution de l'effet suspensif au recours. Il fait en substance valoir que l'assureur perte de gain s'est écarté des conclusions du Dr G._____ sans nouvel examen médical, ce qui viole le principe de l'examen complet et circonstancié. Le recourant ajoute que la cessation brutale des prestations auxquelles l'assureur perte de gain a procédé, alors qu'il n'a pas pu être réinséré professionnellement, est contraire à la jurisprudence du Tribunal fédéral. Il se prévaut encore d'une violation de son droit d'être entendu au motif que les certificats médicaux de son médecin traitant n'ont pas été réfutés de manière crédible, ni mis en contradiction avec un avis indépendant, et que la préférence donnée à l'avis du médecin-conseil de l'intimée, par rapport aux conclusions du Dr G._____ et de son médecin traitant, n'a pas été motivée de manière circonstanciée. Il fait enfin valoir qu'il ne peut pas être tenu de reprendre à plein temps une activité qui n'existe pas encore, dans un cadre professionnel qui n'existe plus et sans solution de substitution validée par l'assurance-chômage.

Par ordonnance du 8 juillet 2025, le juge instructeur rejette la demande de restitution de l'effet suspensif.

Dans un courrier du 12 juillet 2025, le recourant complète son recours. Il souligne qu'il ne peut pas reprendre son activité habituelle ou une activité équivalente à court terme car son emploi n'existe plus, son ex-employeur ayant cessé son activité, et qu'il aimerait retrouver une activité lucrative mais que cela n'est toujours pas le cas malgré les efforts fournis. Il fait enfin valoir qu'il n'est pas encore en état de travailler à plus de 40 %.

Dans sa réponse du 9 septembre 2025, l'assureur perte de gain conclut au rejet du recours. Il fait valoir que les conclusions du Dr G. _____, qui reposent sur un examen clinique et un examen complet du dossier du recourant, telles que nuancées par le Dr K. _____, doivent être suivies, ajoutant que le recourant n'apporte aucun élément médical nouveau permettant de justifier la poursuite de l'incapacité de travail. L'assureur perte de gain précise avoir versé à l'assuré les indemnités journalières suivantes :

Du	Au	Nbre IJ [indemnités journalières]	Taux d'IT [incapacité de travail]	IJ versées en CHF
27.05.2024	09.06.2024	14j DA [délai d'attente]	100 %	0.00
01.06.2024	30.06.2024	21	100 %	7'223.58
01.07.2024	31.07.2024	31	100 %	10'663.38
01.08.2024	31.08.2024	31	100 %	10'663.38
01.09.2024	31.09.2024	30	100 %	10'319.40
01.10.2024	31.10.2024	31	100 %	10'663.38
01.11.2024	31.11.2024	30	100 %	10'319.40
01.12.2024	31.12.2024	31	100 %	10'663.38
01.01.2025	31.01.2025	31	100 %	10'663.38
01.02.2025	28.02.2025	28	100 %	9'631.44
01.03.2025	31.03.2025	31	100 %	10'663.38
01.04.2025	21.04.2025	21	100 %	7'223.58

22.04.2025	30.04.2025	9	80%	2'476.62
01.05.2025	31.05.2025	31	80%	8'530.58
01.06.2025	30.06.2025	30	50%	5'159.70
01.07.2025	31.07.2025	31	25%	2'660.00

Dans sa réplique du 9 octobre 2025, le recourant confirme ses conclusions et précise qu'il conclut à la reprise du versement des indemnités journalières à compter du 31 juillet 2025, au vu des certificats médicaux de son médecin traitant. A cet égard, il produit un nouveau certificat médical du Dr F._____ du 25 août 2025, attestant que son patient présente une incapacité de travail de 60 % du 1^{er} septembre au 31 octobre 2025 pour raisons médicales. Le recourant répète que, selon le Dr G._____, il a une capacité de travail partielle dans une activité adaptée, un changement d'environnement professionnel étant nécessaire, ce que le Dr F._____ confirmerait également. Il rappelle que l'entreprise qui l'employait n'existe plus, ce qui rend toute reprise dans son activité habituelle ou dans une activité équivalente quasiment impossible, et le contraint à se former dans une autre activité. Il expose enfin que sa situation s'améliore lentement et que grâce à l'assurance-invalidité, il se forme petit à petit dans une nouvelle activité.

En droit :

1. a) La LPGa (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'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 ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGa), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGa).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à des indemnités pour perte de gain en cas de maladie au sens des art. 67 ss LAMal au-delà du 31 juillet 2025.

3. a) Aux termes de l'art. 67 al. 1 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. L'assurance d'indemnités journalières peut être conclue sous la forme d'une assurance collective (art. 67 al. 3, première phrase, LAMal).

L'assurance facultative d'indemnités journalières selon les art. 67 ss LAMal est une assurance de perte de gain (TF 9C_332/2007 du 29 mai 2008 consid. 1.1 ; TFA K 65/99 du 17 février 2000 consid. 3d, RAMA 2000 n° KV 116 p. 145 ; K 33/98 du 17 juillet 1998 consid. 2, RAMA 1998 n° KV 43 p. 420). Le droit à une indemnité journalière est donc subordonné à ce que l'ayant droit subisse une perte de salaire ou de gain effective en raison d'une atteinte à la santé due à une maladie (TFA K 56/05 du 31 août 2006 consid. 3.3 ; K 74/02 du 16 avril 2004 consid. 2.1, RAMA 2004 n° KV 284 p. 236 ; K 129/00 du 20 juin 2001 consid. 2b, non publié aux ATF 127 V 154).

Selon l'art. 71 al. 1 LAMal, 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 est résilié, il a le droit de passer dans l'assurance individuelle de l'assureur. D'après l'art. 71 al. 2 LAMal, l'assureur doit faire en sorte que l'assuré soit renseigné par écrit sur son droit de passage dans l'assurance individuelle. S'il omet de le faire, l'assuré reste dans l'assurance collective. L'assuré doit faire valoir son droit de passage dans les trois mois qui suivent la réception de la communication

(voir également art. 11 al. 1 des conditions générales de l'assurance collective d'une indemnité journalière selon la LAMal de l'intimée [BEGM03-F3, édition du 1^{er} janvier 2018] ; ci-après : les CG).

b) D'après l'art. 72 al. 2 LAMal, le droit aux indemnités journalières prend naissance lorsque l'assuré a une capacité de travail réduite au moins de moitié (art. 6 LPGa). Selon l'art. 6 LPGa, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique (première phrase).

Selon la jurisprudence, le degré de l'incapacité de travail doit être fixé sur la base de la profession exercée jusqu'alors, aussi longtemps qu'on ne peut raisonnablement exiger de l'assuré qu'il mette à profit sa capacité de travail résiduelle dans une autre branche professionnelle (obligation de diminuer le dommage ; ATF 129 V 460 consid. 4.2 ; 114 V 281 consid. 1d). Ce principe a été codifié à l'art. 6, deuxième phrase, LPGa, qui prévoit qu'en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité raisonnablement exigible peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. En ce sens, l'assurance d'indemnités journalières n'assure l'incapacité de travail que dans les limites posées par l'obligation de diminuer le dommage (Gebhard Eugster, Krankenversicherung, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 3^e éd., Bâle 2016, n. 1461, pp. 841-842). Dans l'hypothèse où un assuré, en vertu de son obligation de diminuer le dommage, doit s'astreindre à changer de profession, la caisse doit l'avertir à ce propos et lui accorder un délai adéquat – pendant lequel l'indemnité journalière versée jusqu'à présent est due – pour s'adapter aux nouvelles conditions ainsi que pour trouver un emploi (cf. art. 21 al. 4 LPGa). Dans la pratique, un délai de trois à cinq mois imparti dès l'avertissement de la caisse doit en règle générale être considéré comme adéquat (TF 9C_546/2007 du 28 août 2008 consid. 3.4 et les références). A l'issue de ce délai d'adaptation, le droit à l'indemnité journalière, cas échéant réduit, dépend de l'existence d'une éventuelle perte de gain imputable au risque assuré. Celle-ci se détermine par la

différence entre le revenu qui pourrait être obtenu sans la survenance de l'éventualité assurée dans la profession exercée jusqu'alors et le revenu qui est obtenu ou pourrait raisonnablement être réalisé dans la nouvelle profession. La perte de gain chiffrée en pour cent donne ainsi le taux de l'incapacité de travail résiduelle (ATF 114 V 281 consid. 3c ; TF 8C_310/2019 du 14 avril 2020 consid. 6.1.2 et la référence).

Aux termes de l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. L'art. 7 al. 2 LPGA prévoit que seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable.

c) Le contrat d'assurance d'indemnité journalière conclu entre D. _____ SA et A. _____ SA prévoit, en cas de maladie, des prestations durant 730 jours dans une période de 900 jours, avec versement de 90 % du salaire et un délai d'attente de 14 jours. L'art. 6 CG dispose notamment que l'indemnité journalière est versée pour une ou plusieurs incapacités durant 730 jours dans une période de 900 jours (al. 3), les délais d'attente à charge de l'employeur étant imputés sur la durée du droit aux prestations (al. 5). L'art. 12 al. 1 prévoit que l'indemnité journalière est allouée en cas d'incapacité de travail à partir de 25 %. Quant à l'art. 10 al. 2 CG, il dispose que la couverture d'assurance ainsi que le droit aux prestations cessent pour chaque assuré : à la fin du contrat de travail ou du contrat collectif, étant précisé toutefois que la couverture et le droit aux prestations sont maintenus pour l'incapacité en cours à la fin du contrat de travail, si le contrat collectif est en vigueur à cette date (let. a) ; à l'épuisement des prestations prévues à l'art. 6 al. 3 des conditions générales (let. b) ; à la fin du mois durant lequel l'assuré atteint l'âge ordinaire de la retraite ou prend sa retraite anticipée (let. c).

4. a) Pour fixer le taux de l'incapacité de travail, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGa), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

c) Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215

; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées). Ainsi, le caractère incapacitant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs (cf. sur ces indicateurs consid. 4 c/bb ci-dessous ; ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

aa) Il convient en premier lieu que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2).

bb) Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de la personne assurée. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de la personne assurée avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par la personne assurée peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont elle bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit

plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitabile) de la personne assurée de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de la personne assurée dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

d) Pour le Tribunal fédéral, rien ne s'oppose en principe à ce que la Mini-CIF-APP, qui est un outil d'évaluation des limitations de l'activité et de la participation dans les maladies psychiques, soit employée lors de l'évaluation de la capacité de travail d'un assuré souffrant d'un trouble psychiatrique (TF 8C_398/2014 du 28 octobre 2014 consid. 4.3.2). Il s'agit d'un outil complémentaire qui peut permettre d'assurer un minimum d'uniformité et de comparabilité dans l'évaluation des conséquences de ces affections (TF 9C_157/2019 du 28 octobre 2019 consid. 4.3 ; pour un cas d'application : TF 8C_267/2020 du 9 septembre 2020 consid. 6.1.4)

e) On précisera encore qu'il appartient aux médecins d'évaluer l'état de santé d'un assuré (c'est-à-dire de procéder aux constatations nécessaires en effectuant des examens médicaux appropriés, de tenir compte des plaintes de l'intéressé et de poser les diagnostics). En particulier, poser un diagnostic relève de la tâche exclusive des médecins. Il leur appartient aussi de décrire l'incidence de la ou des atteintes à la santé

constatées sur la capacité de travail. Leur compétence ne va cependant pas jusqu'à trancher définitivement cette question mais consiste à motiver aussi substantiellement que possible leur point de vue, qui constitue un élément important de l'appréciation juridique visant à évaluer quels travaux sont encore exigibles de l'assuré. Il revient en effet aux organes chargés de l'application du droit (soit à l'administration ou au tribunal en cas de litige) de procéder à l'appréciation définitive de la capacité de travail de l'intéressé (ATF 140 V 193 consid. 3.2 ; TF 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 7.1). Par ailleurs, l'évaluation de la capacité de travail par un médecin psychiatre est soumise à un contrôle libre des organes chargés de l'application du droit à la lumière de l'ATF 141 V 281 (ATF 145 V 361 consid. 4.3).

f) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références ; TF 8C_782/2023 du 6 juin 2024 consid. 4.2.1).

5. Dans sa décision sur opposition du 12 juin 2025 confirmant sa décision du 6 mai 2025, l'intimée a considéré que le recourant avait recouvré une capacité de travail dans son activité habituelle de cadre dirigeant (responsable d'entité) dans le domaine des télécommunications, ceci à raison de 50 % dès le 1^{er} juin 2025, de 75 % dès le 1^{er} juillet 2025 et de 100 % dès le 1^{er} août 2025, ce qui justifiait de mettre un terme au versement des indemnités journalières au 31 juillet 2025 au plus tard, pour autant qu'une reprise du travail n'intervienne pas avant. L'intimée a indiqué s'être fondée sur le rapport du Dr G._____, tel que nuancé par la prise de position de son médecin-conseil.

Le recourant conteste cette approche. Il rappelle que le Dr G._____ a conditionné, dans son rapport d'expertise, la reprise d'une activité à un changement d'environnement professionnel, l'expert tenant pour nécessaire une reconversion soit vers un poste moins exposé que celui exercé en dernier lieu, soit vers une activité indépendante.

a) Il y a dès lors lieu d'examiner la valeur probante des rapports médicaux au dossier, en particulier celle du rapport du 15 avril 2025 du Dr G._____.

aa) On relève en premier lieu que ce médecin a fondé ses conclusions sur une anamnèse complète (sur les plans personnel, scolaire, professionnel et médical), un examen clinique détaillé et a pris en compte les plaintes de l'intéressé. A ce dernier égard, le Dr G._____ a notamment relevé que l'assuré lui avait indiqué avoir découvert que le corps pouvait « réagir avec l'environnement, les sentiments et la fatigue intense ». L'intéressé avait aussi relaté être très vite fatigué et que jusqu'en novembre 2024, il devait régulièrement faire des siestes mais que désormais, c'était de temps en temps. L'assuré avait également mentionné que sur l'ensemble de sa carrière, il n'avait « jamais vécu un truc pareil », qu'il n'avait pas d'autre choix que de se reposer, mais que cela l'énervait car il ne pouvait plus faire ce qu'il faisait d'habitude.

bb) Au plan diagnostic, le Dr G._____ a retenu la présence d'un trouble de l'adaptation avec prédominance d'une perturbation d'autres émotions dans un contexte de stress professionnel sévère (F43.23) selon la CIM-10, correspondant à un trouble de l'adaptation, spécifié, avec prédominance d'une humeur anxieuse et de fatigue psychique persistante (6B43) selon la CIM-11. Aussi, le diagnostic a été posé en référence à un système de classification reconnu, soit la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10) □ tout en précisant la terminologie applicable selon la 11^{ème} révision de la CIM-10, c'est-à-dire la CIM-11 □ à la lumière de l'anamnèse et des éléments cliniques constatés (cf. rapport du Dr G._____ du 11 avril 2025, pp. 7-8). A cet égard, le Dr G._____ a tenu compte du fait que l'assuré présentait

une fatigabilité persistante, un besoin accru de sommeil et une difficulté à maintenir son niveau antérieur d'activité multitâche, associée à des troubles légers de la mémoire de travail et à une dispersion attentionnelle inhabituelle. Le Dr G._____ a également mentionné que l'assuré ne présentait ni aboulie marquée, ni anhédonie, ni syndrome dépressif caractérisé, ni trouble anxieux structuré, mais évoquait des fluctuations de l'élan vital et une hypersensibilité accrue. Le Dr G._____ a indiqué que le bilan psychiatrique restait dans l'ensemble rassurant, sans ruminations, culpabilité, idées suicidaires ou trouble de l'humeur franc. Il a précisé que l'examen clinique et les éléments de l'entretien ne permettaient pas de retenir un épisode dépressif caractérisé selon les critères de la CIM-10 ou de la CIM-11, en raison de l'absence de tristesse persistante, d'anhédonie, de perte d'élan vital significative ou de perturbation de la pensée de type pessimiste ou culpabilisante. De même, les critères d'un trouble anxieux généralisé n'étaient pas réunis, car il n'y avait ni inquiétudes excessives durables, ni somatisation anxieuse nette, ni tension continue. Selon les explications du Dr G._____, le tableau présenté par l'assuré, était plutôt celui d'un état de détresse psychique réactionnelle, en lien avec une exposition prolongée à un stress professionnel chronique et aigu, avec des manifestations dominées par une fatigue importante, des troubles du sommeil, une diminution de la concentration et une réduction de la capacité à faire face aux exigences multiples de son ancien poste. Le Dr G._____ a encore précisé qu'en l'absence d'une entité nosographique de « burn-out » dans les classifications de la CIM-10 ou de la CIM-11, le diagnostic principal qui devait être retenu était celui de trouble d'adaptation avec des manifestations mixtes de type anxieux et asthénique, sans trouble dépressif caractérisé.

Au vu des éléments qui précèdent, le diagnostic de trouble de l'adaptation avec prédominance d'une perturbation d'autres émotions dans un contexte de stress professionnel sévère (F43.23) selon la CIM-10, correspondant à un trouble de l'adaptation, spécifié, avec prédominance d'une humeur anxieuse et de fatigue psychique persistante (6B43) selon la CIM-11, a été posé par le Dr G._____ dans les règles de l'art, ses conclusions étant sérieusement motivées et convaincantes.

Au plan diagnostic, on précisera encore que le G._____ a expliqué pour quels motifs il s'écarterait des diagnostics d'épuisement professionnel massif physique et psychique (Z73.0) et de trouble anxio-dépressif secondaire (F41.2) posés par le Dr F._____ dans son rapport du 27 février 2025. En effet, d'une part, le Dr G._____ a expliqué que l'épuisement n'était pas en soi un diagnostic primaire des classifications internationales des maladies et que l'entité « burn-out » n'existait pas dans la CIM-10 et la CIM-11. D'autre part, le Dr G._____ a exposé qu'un diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte pouvait être envisagé en cas de symptômes modérés et conjoints des deux registres (anxiété/dépression), mais qu'il n'était pas pleinement justifié dans le cas de l'assuré, car les symptômes dépressifs n'étaient pas assez nets et l'anxiété restait partiellement compensée, sans anticipation anxieuse majeure, ni perte de contrôle émotionnel. Là encore, les explications du Dr G._____ sont claires et dûment motivées et doivent dès lors être suivies. Enfin, il y a lieu de relever que le diagnostic posé par le Dr G._____ n'est pas remis en cause par le médecin-conseil de l'assureur perte de gain.

cc) S'agissant plus particulièrement de l'évaluation de la capacité de travail, sous l'angle du degré de gravité fonctionnelle de l'atteinte à la santé, le Dr G._____ a indiqué que le bilan psychiatrique restait dans l'ensemble rassurant et que le retentissement du trouble de l'adaptation sur le fonctionnement global de l'assuré était limité et compatible avec une reprise d'activité partielle dans un autre cadre organisationnel. D'ailleurs, sous l'angle de la réadaptation, selon les indications mêmes de l'assuré consignées dans le rapport du Dr G._____, l'intéressé a participé, depuis le début de l'année 2025 à une mesure de coaching mise en place par l'assurance-invalidité. A partir du mois d'avril 2025, l'assuré a commencé à prospector et chercher des clients soit dans le service nautique, soit dans la gestion de projets télécoms. En outre, au moment de l'expertise, il venait de passer son permis de grutier pour les bateaux. Dans ce contexte, un certificat médical de reprise du travail à 20 % dès le 22 avril 2025 avait été convenu avec son médecin compte tenu du fait qu'il effectuait des démarches de prospection pour une nouvelle activité

professionnelle. S'agissant du traitement, le Dr G._____ a noté que l'évolution de la guérison suggérait une observance thérapeutique adéquate, notamment avec une prise régulière de médicaments et un suivi psychothérapeutique deux fois par semaine. Le Dr G._____ a néanmoins relevé que la gestion de la fatigue et des symptômes résiduels rendait encore nécessaire un soutien continu et d'éventuels ajustements thérapeutiques.

Sous l'angle de la cohérence, le Dr G._____ a interpellé l'assuré sur le fait que le sentiment de fatigue moyen qu'il exprimait n'apparaissait pas cohérent avec la description de sa journée occupationnelle et son activité de sport nautique (voir à cet égard rapport pp. 5-6). L'assuré a expliqué à cet égard que la perte d'élan était variable depuis le début de l'année, qu'en janvier et février, il était « à fond », mais qu'une rechute anxieuse d'une semaine alors qu'il n'avait pas pris ses benzodiazépines avait de nouveau aggravé sa fatigue.

Par ailleurs, le Dr G._____ a procédé à une évaluation motivée et détaillée des limitations fonctionnelles de l'assuré sur la base de la Mini-CIF-APP, dont il ressort que l'intéressé a une limitation modérée s'agissant de l'endurance et de la résistance, le Dr G._____ notant qu'il s'agissait de la limitation la plus marquée. A cet égard, il a relevé que l'assuré décrivait une baisse significative de son endurance mentale et physique et avait besoin de pauses fréquentes, d'une réduction du rythme et d'un aménagement des horaires. Pour le reste, l'expert a indiqué que l'assuré présentait des limitations légères s'agissant de la planification et de la structuration des tâches, de la flexibilité et de l'adaptabilité, de la capacité de mise en œuvre des compétences spécifiques, de la capacité d'intégrer un groupe, ainsi que des activités spontanées et de la proactivité. L'intéressé ne présentait par contre pas de limitations s'agissant de l'adaptation aux règles et routines, de la capacité de jugement et de la prise de décision, de l'affirmation de soi, de la capacité de contact et de conversation avec des tiers, de la capacité aux relations privilégiées à deux, de la capacité à prendre soin de soi et à se prendre en charge ainsi que de la mobilité et de la capacité d'adaptation.

Quant aux conclusions du Dr G._____ sur le fait que l'incapacité de travail dans l'activité habituelle est de 100 % au moins jusqu'au 30 juin 2025, elles reposent sur la constatation que l'état psychique de l'assuré, causant notamment une baisse d'endurance, une fatigue psychique et une hypersensibilité au stress n'est pas compatible avec les exigences spécifiques de son emploi habituel, impliquant un niveau élevé de responsabilité, une forte pression temporelle et une disponibilité cognitive et affective soutenue. Le Dr G._____ considère par ailleurs que l'exposition à ces facteurs comporte un risque de rechute ou d'aggravation, de sorte qu'elle est contre-indiquée à ce stade. Ces conclusions sont bien motivées et apparaissent cohérentes avec le diagnostic posé et les limitations fonctionnelles de l'assuré. Il n'y a donc pas lieu de s'en écarter.

Le Dr G._____ a par ailleurs dûment motivé le fait qu'il estimait l'assuré capable de reprendre une activité adaptée à son état de santé. A cet égard, il a exposé qu'une telle activité devait impliquer de l'autonomie, de la flexibilité dans l'organisation, peu de soumission à des contraintes hiérarchiques ou à un multitâche simultané. En d'autres termes, il s'agissait de reprendre une activité moins exposée aux facteurs décrits ci-dessus caractérisant l'activité habituelle. Enfin, les conclusions du Dr G._____ quant à une capacité de travail partielle de l'assurée dans une activité adaptée, au moment de l'examen médical, augmentant progressivement, à condition que la stabilisation clinique se poursuive (cf. p. 12 du rapport du 15 avril 2025 du Dr G._____) sont motivées et apparaissent cohérentes avec l'état de santé de l'assuré. Le Dr G._____ a en effet indiqué à cet égard que compte tenu de l'évaluation favorable, de l'implication de l'assuré dans des démarches de réinsertion, de la préservation de nombreuses capacités fonctionnelles et de l'absence de trouble psychiatrique invalidant majeur, une incapacité de travail partielle s'amendant progressivement pouvait être fixée à 50 % du 22 avril au 31 mai 2025, à 25 % du 1^{er} au 30 juin 2025 et à 0 % depuis le 1^{er} juillet 2025. Il a toutefois précisé que la stabilisation de l'état de santé devait être confirmée et un rapport psychiatrique d'évolution devait être demandé deux mois plus tard, c'est-à-dire dans un délai qui peut être fixé au 30 juin 2025.

b) Dans ces conditions, face à l'évaluation du Dr G._____, motivée de manière précise et convaincante, et conforme aux exigences jurisprudentielles, l'intimée ne pouvait pas valablement privilégier l'appréciation de son médecin-conseil, le Dr K._____, qui a pour sa part tenu pour exigible la reprise de l'activité habituelle à 50 % dès le 22 avril 2025, à 75 % dès le 1^{er} juin 2025 et à 100 % dès le 1^{er} juillet 2025. En effet, d'une part, la critique du Dr K._____, selon laquelle le Dr G._____ n'aurait pas suffisamment montré en quoi les tâches antérieurement exécutées n'étaient plus possibles pour l'assuré, ne peut être suivie. Comme déjà relevé plus haut, le Dr G._____ a précisément expliqué en quoi les limitations fonctionnelles de l'assuré empêchaient la reprise, à tout le moins à court terme, de l'activité habituelle : il a exposé à cet égard que l'état psychique de l'intéressé causait notamment une baisse d'endurance, une fatigue psychique et une hypersensibilité au stress qui n'étaient pas compatibles avec les exigences spécifiques de son emploi habituel, impliquant un niveau élevé de responsabilité, une forte pression temporelle et une disponibilité cognitive et affective soutenue. Le Dr G._____ a encore indiqué que l'état de fatigue psychique, la baisse d'endurance et l'hypersensibilité au stress rendaient délétère l'exposition de l'assuré à ces facteurs et engendrait un risque de rechute ou d'aggravation. D'autre part, l'avis du Dr K._____, selon lequel il apparaît incohérent de retenir à la fois une incapacité de travail dans l'activité habituelle et une capacité de travail dans une activité adaptée en tant qu'indépendant, ne peut pas être suivi. En effet, une activité d'indépendant n'implique pas nécessairement le même niveau d'exigences qu'un emploi de cadre dirigeant tel que celui exercé précédemment par l'assuré. Enfin, le Dr G._____ s'est dûment prononcé sur la question de la cohérence des troubles dans les différents domaines de vie, comme déjà relevé. Le Dr K._____ se limite à cet égard à mentionner que les limitations de l'assuré n'apparaissent pas uniformes, sans montrer en quoi les éléments exposés par le Dr G._____ à ce sujet ne seraient pas valables.

c) Les certificats médicaux établis par le Dr F._____ dont le recourant se prévaut en vue d'obtenir la poursuite du versement des

indemnités journalières dès le 31 juillet 2025, ne sont pas suffisamment motivés pour être suivis.

d) Cela étant, au vu de la conclusion du Dr G._____ selon laquelle la stabilisation de l'état de santé du recourant, respectivement l'augmentation progressive de sa capacité de travail dans une activité adaptée doit être confirmée par un nouvel examen psychiatrique le 30 juin 2025, la capacité de travail résiduelle de l'assuré dans une telle activité n'est établie au degré de la vraisemblance prépondérante que jusqu'à cette date. Par ailleurs, compte tenu du fait que le Dr G._____ a indiqué que la capacité de travail du recourant dans l'activité habituelle était nulle jusqu'au 30 juin 2025 et qu'il n'était pas possible, au moment de son examen, de se prononcer sur l'évolution de cette incapacité de travail à plus long terme, les questions de la capacité de travail du recourant dans l'activité habituelle, comme dans une activité adaptée doivent être évaluées à compter du 1^{er} juillet 2025. La cause doit donc être renvoyée à l'intimée – à laquelle il appartient en premier lieu d'instruire – pour nouvel examen de la situation médicale et de la capacité de travail du recourant dès le 1^{er} juillet 2025. L'intimée rendra ensuite une nouvelle décision sur le droit du recourant aux indemnités journalières, à l'issue d'un délai d'adaptation approprié qu'il lui appartiendra de fixer conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral (cf. supra consid. 3b et TF 4A_111/2010 du 12 juillet 2010).

e) aa) Les faits pertinents pour le calcul du droit du recourant aux indemnités journalières étant établis au degré de la vraisemblance prépondérante jusqu'au 30 juin 2025, la Cour de céans est en mesure de fixer le montant de ces indemnités jusqu'à cette dernière date. A cet égard, quelle que soit l'issue du complément d'instruction à réaliser, le recourant a droit aux indemnités journalières calculées sur la base de l'incapacité de travail totale dans son ancienne activité jusqu'au 30 juin 2025. En effet, si la nécessité d'un changement d'activité se confirmait, il aurait droit aux indemnités journalières qu'il percevait en lien avec l'activité habituelle, pendant un délai d'adaptation de trois à cinq mois, lequel courrait au plus tôt dès la date de la décision du 6 mai 2025, ayant porté à la connaissance

de l'assuré les conclusions du Dr G._____ (cf. TF 9C_546/2007 du 28 août 2008 consid. 7). Dans l'hypothèse où il s'avérerait que le recourant pouvait reprendre son ancienne activité à un taux réduit après le 30 juin 2025, le droit aux indemnités journalières réduit aurait cours au plus tôt dès le 1^{er} juillet 2025.

bb) L'intimée a versé au recourant, pour la période du 22 avril au 30 juin 2025, des indemnités journalières réduites pour un total de 16'166 fr. 90 (voir la réponse du 9 septembre 2025). Le recourant a donc droit à la différence entre les indemnités pleines et entières pour cette période et ce dernier montant, c'est-à-dire un montant de 7'911 fr. 70 (c'est-à-dire 24'078 fr. 60 [correspondant à l'addition des montants suivants : 3'095 fr. 82 pour la période du 22 au 30 avril 2025, 10'663 fr. 38 pour le mois de mai 2025, et 10'319 fr. 40 pour le mois de juin 2025] - 16'166 fr. 90).

6. Le recourant se prévaut d'une violation de son droit d'être entendu pour défaut de motivation de la décision sur opposition, au motif que la préférence donnée à l'avis du médecin-conseil de l'intimée, par rapport aux conclusions du Dr G._____ et du Dr F._____, n'a pas été motivée de manière circonstanciée.

a) Aux termes de l'art. 49 al. 3 LPGA, l'assureur doit motiver ses décisions si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. Cette obligation, qui découle également du droit d'être entendu, garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), a pour but que la personne destinataire de la décision puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et que l'instance de recours soit en mesure, si elle est saisie, d'exercer pleinement son contrôle. Pour répondre à ces exigences, l'autorité doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de manière à ce que la personne concernée puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Elle n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et arguments invoqués par les parties, mais peut au contraire se

limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue de la procédure (ATF 150 III 1 consid. 4.5 ; 149 V 156 consid. 6.1; 147 IV 249 consid. 2.4 ; 146 II 335 consid. 5.1 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 et les arrêts cités).

Le droit d'être entendu est une garantie de nature formelle, dont la violation entraîne en principe l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recours sur le fond (ATF 144 I 11 consid. 5.3 ; 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.2). Sa violation peut cependant être réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 145 I 167 consid. 4.4 ; 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2). Toutefois, une telle réparation doit rester l'exception et n'est admissible, en principe, que dans l'hypothèse d'une atteinte qui n'est pas particulièrement grave aux droits procéduraux de la partie lésée ; cela étant, une réparation de la violation du droit d'être entendu peut également se justifier, même en présence d'un vice grave, lorsque le renvoi constituerait une vaine formalité et aboutirait à un allongement inutile de la procédure, ce qui serait incompatible avec l'intérêt de la partie concernée à ce que sa cause soit tranchée dans un délai raisonnable (ATF 147 IV 340 consid. 4.11.3 ; 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2 et les références).

b) En l'espèce, vu l'issue du litige, une éventuelle violation du droit d'être entendu pour défaut de motivation de la décision sur opposition attaquée pourrait être considérée comme réparée par la Cour de céans qui dispose d'un plein pouvoir d'examen.

7. a) Vu ce qui précède, le recours est admis et la décision sur opposition réformée en ce sens que le recourant a droit à un montant de 7'911 fr. 70. Pour le surplus, la décision sur opposition du 12 juin 2025 est annulée, la cause étant renvoyée à l'intimée pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision.

b) La LAMal ne prévoyant pas la perception de frais judiciaires pour les litiges en matière de prestations (cf. art. 61 let. f^{bis} LPGA), il n'est pas perçu de frais de justice.

c) Le recourant qui n'est pas assisté par un mandataire professionnel, n'a pas le droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD).

**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 12 juin 2025 par A. _____ SA est réformée en ce sens qu'elle doit immédiat paiement à B. _____ d'un montant de 7'911 fr. 70 (sept mille neuf cent onze francs et septante centimes), à titre de solde des indemnités journalières dues jusqu'au 30 juin 2025. Pour le surplus, la décision sur opposition est annulée et la cause est renvoyée à A. _____ pour qu'elle complète l'instruction relativement à la capacité de travail de B. _____ à compter du 1^{er} juillet 2025, puis qu'elle rende une nouvelle décision sur le droit du recourant aux indemnités journalières depuis cette dernière date.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- B. _____,
- A. _____ SA,
- 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).

La greffière :