

## VD\_FINDINFO AM 51/18 - 25/2019 vom 4. Juni 2019

VD Tribunal cantonal, 2019-06-04, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_AM\\_51\\_18\\_-\\_25\\_2019](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AM_51_18_-_25_2019)

FR: VD\_FINDINFO AM 51/18 - 25/2019 du 4 juin 2019

IT: VD\_FINDINFO AM 51/18 - 25/2019 del 4 giugno 2019

### Regeste

AM, COUVERTURE D'ASSURANCE, PASSAGE DANS L'ASSURANCE INDIVIDUELLE, ASSURANCE COLLECTIVE, INCAPACITÉ DE TRAVAIL, MALADIE DE LONGUE DURÉE, INDEMNITÉ JOURNALIÈRE | 67 LAMal

### Erwägungen

#### E. 4

juin 2019 \_\_\_\_\_ Composition : Mme Brélaz Braillard , juge unique Greffière : Mme Neyroud \*\*\*\*\* Cause pendante entre : Q. \_\_\_\_\_ , à [...], recourant, représenté par CAP Compagnie d'assurance de protection juridique SA, à Lausanne, et V. \_\_\_\_\_ , à Martigny, intimée. \_\_\_\_\_ Art. 67 et 71 LAMal En fait : A. Q. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], a travaillé pour le compte de la société P. \_\_\_\_\_ SA en qualité de plâtrier-peintre depuis le 2 juillet 2007. Par le biais d'un contrat collectif conclu par son employeur, il bénéficiait d'une assurance perte de gain maladie auprès de [...] (ci-après : V. \_\_\_\_\_ ou l'intimée). Le 22 novembre 2017, l'assuré a été mis au bénéfice d'une incapacité totale de travail en raison de maladie par le Dr T. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'intéressé. Ce médecin a régulièrement établi des certificats d'incapacité de travail totale, pour des raisons de maladie, jusqu'au 31 août 2018 inclus. L'incapacité de travail a été annoncée à V. \_\_\_\_\_ par déclaration du 4 décembre 2017. Interpellé par l'assurance, le Dr T. \_\_\_\_\_ a, dans un rapport du 7 décembre 2017, posé le diagnostic de lombosciatalgies bilatérales sur discopathie L3-L4 existantes depuis le mois d'octobre 2017, interdisant le port de charges. Le pronostic était jugé réservé compte tenu de l'activité professionnelle actuelle de son patient. Le 12 avril 2018, l'assuré a été examiné par le médecin-conseil de l'assurance, le Dr S. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale. Dans son rapport du même jour adressé au médecin traitant de l'assuré, il a retenu ce qui suit : « En l'état actuel votre patient évolue très lentement mais favorablement, et reste cependant incapable de reprendre son activité de plâtrier-peintre qui nécessite le port de charges lourdes à répétition, ainsi que les positions en porte-à-faux et en équilibre instable. Dans ces conditions, je propose de prolonger l'incapacité de travail jusqu'au début du mois de mai 2018, à 100 %, s'il n'y avait pas de reprise au moins partielle le 07 mai prochain, d'envisager une reconversion professionnelle dans une activité mieux adaptée, évitant le port de charges lourdes à répétition, ainsi que les positions en porte-à-faux et en équilibre instable ». Dans un courrier du même jour, le Dr S. \_\_\_\_\_ a informé V. \_\_\_\_\_ qu'une reprise de travail devait être envisagée le 7 mai 2018 à 50 % au moins. Si tel n'était pas le cas, au vu de la longue incapacité de travail actuelle et de la stabilité de la situation, une reconversion professionnelle s'imposait avec les limitations fonctionnelles citées ci-dessus. Le médecin-conseil proposait ainsi que le dossier lui soit à nouveau soumis

mi-mai 2018 pour fixer ces limitations fonctionnelles en cas de non-reprise du travail. Par décision du 27 avril 2018, V. \_\_\_\_\_ a estimé que l'assuré présentait une incapacité de travail définitive dans son activité habituelle, mais qu'il pouvait en revanche exercer à temps plein une activité adaptée à son état de santé, soit un poste évitant le port de charges lourdes à répétition, les positions en porte-à-faux, ainsi que le travail en équilibre instable sur les échafaudages. Compte tenu de ce changement d'occupation, V. \_\_\_\_\_ accordait à l'assuré une indemnité-journalière de transition jusqu'au 31 juillet 2018. Par l'entremise de son conseil, l'assuré s'est opposé à cette décision par courrier du 25 mai 2018, alléguant en particulier que son état de santé n'était pas stabilisé et qu'une amélioration de celui-ci lui permettrait prochainement de recouvrer sa capacité de travail dans son activité habituelle auprès de son employeur actuel. Le 27 juin 2018, P. \_\_\_\_\_ SA a fait parvenir à l'assuré la correspondance suivante : « Par la présente, nous faisons suite à la décision du 27 avril 2018 de la compagnie d'assurance V. \_\_\_\_\_ SA, constatant votre incapacité à reprendre votre activité de plâtrier et confirmant la cessation du paiement des indemnités journalières en votre faveur. Conformément à l'art. 10 al. 1 let. b de la convention collective de travail romande du second œuvre (CCT-SOR), après le temps d'essai, la résiliation d'un contrat de travail est exclue aussi longtemps que le travailleur a droit à des indemnités journalières complètes de l'assurance accidents obligatoire ou de l'assurance-maladie. Si à l'épuisement des prestations de l'assurance, le travailleur n'est pas en mesure de reprendre son activité, le contrat de travail est réputé caduc, sauf autres cas de protection résultant du présent article. Dans ces conditions, les rapports de travail prendront fin avec effet au 31 juillet 2018 ». Dans l'intervalle, V. \_\_\_\_\_ a fait parvenir le dossier de l'assuré à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, saisi d'une demande de prestations de l'intéressé. L'assuré, sous la plume de son conseil, a complété son opposition le 16 juillet 2018. En substance, il a réitéré ses allégations en ce sens que la décision de V. \_\_\_\_\_ était prématurée, sa situation médicale n'étant pas stabilisée. Il a relevé que le Dr S. \_\_\_\_\_ avait lui-même indiqué qu'un point de situation devait être fait au mois de mai 2018. Dans cette mesure, l'assurance ne pouvait exiger une reconversion le 27 avril 2018 déjà. A cette date, il n'était pas possible de considérer que l'incapacité de travail de l'assuré dans son activité de plâtrier-peintre était définitive. De surcroît, les lombalgies dont souffrait l'intéressé avaient une origine inflammatoire et pas neurologique, si bien qu'elles ne revêtaient pas un caractère définitif et irrémédiable. De fait, le traitement anti-inflammatoire portait ses fruits et une reprise d'activité était prévue pour le 1<sup>er</sup> septembre 2018. A l'appui de son opposition, l'assuré a produit un questionnaire médical rempli le 13 juillet 2018 par le Dr W. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, dont la teneur était la suivante : « 4. Quel est votre diagnostic(s) ? Lombalgie d'origine inflammatoire-mécanique

#### **E. 5**

a) Cette affection justifie-t-elle une incapacité de travail de notre assuré dans son activité professionnelle habituelle ? Oui b) Le cas échéant, depuis quelle date et à quel taux ? 100 % depuis au moins ma première visite (avril 2018)

#### **E. 6**

L'état de santé de Monsieur Q. \_\_\_\_\_ est-il stable, va-t-il en s'améliorant ou va-t-il en se dégradant ? Stable

#### **E. 7**

Le traitement médical actuellement suivi par le patient est-il adapté ? Oui

#### **E. 8**

Peut-on attendre de l'état de santé de Monsieur Q. \_\_\_\_\_ qu'il s'améliore au point de lui permettre de reprendre son activité professionnelle habituelle ? Oui a) Si oui, dans quel laps de temps ? A évaluer en fonction de l'évaluation rhumatologique

#### **E. 9**

a) Cette affection justifie-t-elle une incapacité de travail de notre assuré dans une activité professionnelle adaptée à son état de santé ? Non b) Quelles sont les limitations fonctionnelles de Monsieur Q. \_\_\_\_\_ ? Travaux lourds, soulever des poids importants

#### **E. 10**

Divers, remarques et propositions Le patient devrait avoir un suivi rhumatologique ». Par courrier du 27 juillet 2018, V. \_\_\_\_\_ a informé l'assuré que, compte tenu de sa cessation d'activité auprès de son employeur, il ne bénéficiait plus de la couverture d'assurance d'indemnités journalières. Il pouvait néanmoins maintenir son affiliation en passant en couverture individuelle. Un délai au 30 octobre 2018 lui était imparti pour faire part de sa réponse à cette proposition. Le 7 août 2018, V. \_\_\_\_\_ a rendu une décision sur opposition, par laquelle elle acceptait de poursuivre le paiement des indemnités journalières à hauteur de 100 % jusqu'au 31 août 2018 au maximum, sous réserve de l'acceptation par l'assuré de l'offre de libre-passage établie le 27 juillet 2018. Par courrier électronique du 27 août 2018, l'assuré a indiqué à V. \_\_\_\_\_ que P. \_\_\_\_\_ SA était prête à le garder à son service s'il recouvrait une pleine capacité de travail à compter du 1<sup>er</sup> septembre prochain. Dans cette mesure, l'assuré sollicitait une confirmation quant à son acceptation dans le cercle des assurés collectifs de P. \_\_\_\_\_ SA. Le 6 septembre 2018, V. \_\_\_\_\_ a répondu ce qui suit : « Au demeurant, il va de soit [ sic ] que tout nouvel engagement à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2018 n'est envisageable qu'en fonction de la nouvelle situation de M. Q. \_\_\_\_\_ et devra impérativement tenir compte des limitations fonctionnelles figurant dans notre décision formelle du 27 avril 2018 ». B. Par acte du 14 septembre 2018, Q. \_\_\_\_\_ a, sous la plume de son conseil, recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision sur opposition du 7 août 2018, concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'il a droit à la poursuite du versement des prestations dues par l'assurance-maladie jusqu'au 31 août 2018. Il a en outre sollicité l'annulation de la décision du 27 avril 2018. Subsidiairement, il a conclu au renvoi de la cause à V. \_\_\_\_\_ pour nouvelle décision. Sur la forme, il a fait valoir une violation de son droit d'être entendu, alléguant que la décision sur opposition ne se prononçait pas sur les motifs invoqués dans son opposition du 25 mai 2018, complétée le 16 juillet 2018, ni ne statuait sur ses conclusions. Il a par ailleurs expliqué que la fin du versement des indemnités journalières avait entraîné, de par l'application de la convention collective, la fin du contrat de travail. L'annulation de la décision du 27 avril 2018 avait ainsi pour conséquence d'annuler la caducité du contrat de travail. Sur le fond, il a repris les arguments soulevés dans le cadre de la procédure administrative, en ce sens que le 27 avril 2018, il n'était pas possible de considérer que sa situation médicale était stabilisée et que son incapacité de travail dans son activité de plâtrier-peintre était définitive. Le diagnostic qui avait été évoqué à l'époque avait par ailleurs évolué, l'origine des douleurs étant inflammatoire et non pas neurologique. Or, le traitement inflammatoire avait démontré son efficacité et l'assuré avait recouvré sa capacité de travail, dans toute activité, à partir du 1<sup>er</sup> septembre

2018. Le 18 septembre 2018, l'assuré a produit deux rapports médicaux établis par la Dresse F. \_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, les 23 avril 2018 et 1<sup>er</sup> mai 2018, dont il se prévalait pour établir que ses douleurs lombaires étaient de nature inflammatoire et non neurologique. Par réponse du 22 octobre 2018, l'intimée a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision sur opposition du 7 août 2018. Elle a considéré que l'assuré ne bénéficiait plus d'une couverture de l'assurance collective dès lors que son contrat de travail avait pris fin le 31 juillet 2018. A défaut d'acceptation de l'offre de libre passage, l'intéressé n'était plus affilié à V. \_\_\_\_\_. Pour le surplus, l'intimée s'est prévalu de l'appréciation du Dr S. \_\_\_\_\_ et des démarches de l'assuré auprès de l'assurance-invalidité pour démontrer qu'elle était fondée à retenir au degré de la vraisemblance prépondérante l'existence d'une incapacité de travail complète et durable dans l'activité habituelle et d'une pleine capacité dans une activité adaptée. Répliquant le 23 novembre 2018, l'assuré a réitéré sa position quant au caractère prématuré et infondé de la décision du 27 avril 2018. Par duplique du 20 décembre 2018, V. \_\_\_\_\_ a ajouté que la résiliation du contrat de travail demeurerait valable indépendamment de l'issue de la présente cause, étant relevé que l'assuré n'avait pas contesté la fin des rapports de travail par les voies de droit utiles. Par ailleurs, elle a indiqué que la durée de l'incapacité de travail du recourant, à savoir près de dix mois, associée aux avis médicaux recueillis justifiait une reconversion professionnelle. E n d r o i t : 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. c) Vu la valeur litigieuse inférieure à 30'000 fr., la cause est de la compétence du juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD). 2. Le litige porte sur le droit du recourant à des indemnités journalières pour perte de gain en cas de maladie jusqu'au 31 août 2018. Il convient de relever ici que, conformément au principe selon lequel le prononcé sur opposition remplace la décision initiale (cf. TF 9C\_1015/2009 du 20 mai 2010 consid. 3.1 et les références), la décision sur opposition du 7 août 2018 s'est en l'occurrence substituée à la décision du 27 avril 2018, qu'elle a confirmée. La conclusion du recours demandant l'annulation de la décision du 27 avril 2018 n'est donc pas recevable. 3. a) Selon l'art. 67 al. 1 LAMal, toute personne qui est domiciliée en Suisse ou y exerce une activité lucrative et qui est âgée de quinze ans au moins mais n'a pas atteint l'âge de 65 ans peut conclure une assurance d'indemnités journalières avec un assureur au sens des art. 2 al. 1 ou 3 LSAMal (loi fédérale du 26 septembre 2014 sur la surveillance de l'assurance-maladie ; RS 832.12). L'assurance d'indemnités journalières peut être conclue sous la forme d'une assurance collective, notamment par des employeurs, pour leurs travailleurs ou pour eux-mêmes (art. 67 al. 3 let. a LAMal). L'assureur convient avec le preneur d'assurance du montant des indemnités journalières assurées (art. 72 al. 1, 1<sup>ère</sup> phrase, LAMal). Le droit aux indemnités journalières prend naissance lorsque l'assuré a une capacité de travail réduite au moins de moitié (al. 2). Les indemnités journalières doivent être versées, pour une ou plusieurs maladies, durant au moins 720 jours dans une période de 900 jours (al. 3, 1<sup>ère</sup> phrase). En

vertu de l'art. 71 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. Si, dans l'assurance individuelle, l'assuré ne s'assure pas pour des prestations plus élevées, de nouvelles réserves ne peuvent être instituées ; l'âge d'entrée déterminant dans le contrat collectif est maintenu (al. 1). 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 (al. 2). b) Selon la jurisprudence, lorsque les conditions de l'assurance collective d'indemnités journalières selon les art. 67 ss LAMal prévoient que la couverture d'assurance s'éteint lors de la cessation des rapports de travail et que l'incapacité de travail perdure au-delà de cette date, des prestations ne doivent être fournies que si et tant que le travailleur concerné reste, par son passage dans l'assurance individuelle, membre de la caisse-maladie. En effet, le droit aux prestations d'un assureur-maladie est lié à l'affiliation ; à l'extinction du rapport d'assurance, le droit aux prestations n'est plus donné et il est mis fin à celles éventuellement en cours. C'est pourquoi l'art. 71 LAMal prévoit que 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 (« libre passage » ; ATF 127 III 106 consid. 3a et les références ; TFA K 106/06 du 22 décembre 2006 consid. 3.3 ; cf. également Rémy Wyler/Boris Heinzer, Droit du travail, 3<sup>ème</sup> éd., Berne 2014, p. 257 ss). Les conditions générales de l'assurance collective d'une indemnité journalière selon la LAMal de V.\_\_\_\_\_ (ci-après : les Conditions générales) applicables au cas d'espèce, prévoient à l'art. 11 al. 2 let. a que, sous réserve du droit au libre-passage des lettres a, b et i, la couverture d'assurance, ainsi que le droit aux prestations cessent pour chaque assuré notamment lorsque l'assuré cesse d'appartenir au cercle des assurés. 4. a) En l'espèce, P.\_\_\_\_\_ SA a conclu pour ses employés une assurance d'indemnités journalières au sens de l'art. 67 LAMaI avec V.\_\_\_\_\_. Ce rapport de droit est également régi par les Conditions générales de l'assurance collective d'une indemnité journalière selon la LAMal (éd. BE 01.01.2011 ; [ci-après : les Conditions générales]) et les Dispositions complémentaires et dérogatoires aux Conditions générales d'assurance (CGA) 2011 de l'assurance collective d'une indemnité journalière selon la LAMaI (éd. 01.01.2013 ; [cf. contrat collectif d'indemnité journalière pièce 1 défenderesse]). Selon l'art. 1 des Conditions générales, l'assureur accorde sa garantie pour les conséquences économiques d'une incapacité de travail résultant notamment de la maladie. Le recourant a ainsi été assuré contre la perte de gain maladie par l'assurance collective d'indemnités journalières conclue par son employeur et a, à ce titre, perçu des indemnités dès le 22 novembre 2017, date à compter de laquelle il a présenté une incapacité totale de travail. Toutefois, dans ses déterminations, V.\_\_\_\_\_ se prévaut de la résiliation des rapports de travail par P.\_\_\_\_\_ SA avec effet au 31 juillet 2018 pour refuser au recourant le droit à des prestations postérieurement à cette date, l'intéressé ayant quitté le cercle des assurés du contrat collectif. En effet, selon la décision sur opposition du 7 août 2018, le versement des indemnités journalières pouvait perdurer jusqu'au 31 août 2018 à la condition que le recourant accepte l'offre de libre-passage qui lui avait été faite le 27 juillet 2018. On peut s'interroger sur la validité d'une décision qui admet conditionnellement une opposition. Toutefois cette question peut demeurer ouverte dans la mesure où le recourant n'a pas accepté l'offre de libre-passage de l'intimée, si bien qu'il ne bénéficiait pas d'une

couverture individuelle et ne peut prétendre à l'octroi d'indemnités journalières à ce titre. Se pose en revanche la question de savoir si c'est à juste titre que l'intimée a refusé au recourant le droit à des indemnités journalières au-delà du 31 juillet 2018, considérant qu'il n'était plus couvert par l'assurance collective. Cette question est intimement liée à celle de la fin des rapports de travail entre le recourant et son employeur le 31 juillet 2018, compte tenu de la teneur de l'art. 10 al. 1 let b de la convention collective de travail du second-œuvre romand (ci-après : CCT-SOR). b) En effet, les rapports de travail liant l'assuré à P. \_\_\_\_\_ SA sont régis tant par le contrat de travail que par les dispositions de la CCT-SOR, ce qui n'est pas contesté. A la suite de la décision de l'intimée du 27 avril 2018 mettant fin au versement des indemnités journalières au 31 juillet 2018, l'employeur a, par courrier du 27 juin 2018, constaté que les rapports de travail prendraient fin avec effet au 31 juillet 2018 également, en application de l'art. 10 al. 1 let b CCT-SOR, selon lequel après le temps d'essai, la résiliation d'un contrat individuel de travail est exclue aussi longtemps que le travailleur a droit à des indemnités journalières complètes de l'assurance accidents obligatoire ou de l'assurance maladie. Si à l'épuisement des prestations de l'assurance, le travailleur n'est pas en mesure de reprendre son activité, le contrat de travail est réputé caduc, sauf autres cas de protection résultant du présent article. Dans le cas particulier, la fin du contrat de travail découle de la seule fin du versement des indemnités journalières perte de gain par l'assurance-maladie, aucun autre motif de résiliation ne figurant dans le courrier de l'employeur. Par conséquent, examiner la cessation des rapports de travail revient in casu à examiner la fin des indemnités journalières. On doit dès lors se demander si l'intimée était fondée à mettre un terme à leur versement le 27 avril 2018 pour le 31 juillet 2018, soit bien avant l'épuisement des 730 jours prévus dans le contrat (cf. art. 7 ch. 1 des Conditions générales), estimant que le recourant disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. 5. a) Selon le principe de l'obligation de diminuer le dommage, l'assuré doit mettre en œuvre tout ce qui est raisonnablement exigible de sa part pour solliciter le moins lourdement possible le régime d'assurance amené à lui verser des prestations. En effet, en cas d'incapacité de travail de longue durée, on peut raisonnablement exiger de l'assuré, conformément à son obligation de diminuer le dommage (ATF 129 V 460 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les arrêts cités ; TFA K 56/05 du 31 août 2006 consid. 3.3), qu'il utilise sa capacité de travail résiduelle dans un autre secteur d'activité professionnelle, à condition qu'un laps de temps suffisant lui soit imparti pour lui permettre de retrouver un emploi adapté à son état de santé (ATF 120 V 462 consid. 4.2 et 4.3 et les références). La loi ne définit pas la notion de « longue durée » que doit revêtir l'incapacité de travail pour qu'un changement de profession ou d'activité puisse entrer en considération. Selon les travaux préparatoires, cette notion doit se comprendre comme voulant dire « en règle générale plus de six mois ». Pour interpréter cette notion, il convient toutefois, plutôt que de fixer une durée déterminée, de distinguer la situation selon qu'il apparaît ou non hautement probable que la personne assurée recouvrira sa capacité de travail dans la profession ou l'activité habituelle. Une incapacité de travail de longue durée ne saurait être retenue tant et aussi longtemps qu'il est possible d'émettre le pronostic, au regard des données médicales au dossier, que la personne assurée reprendra son activité antérieure, selon la vraisemblance prépondérante, de manière à mettre fin au droit aux prestations de l'assurance sociale (indemnités journalières ou rente). Dans de telles circonstances, il n'existe pas de limite temporelle absolue pour la reconnaissance de l'incapacité de travail dans la profession habituelle. La situation est en revanche différente dès qu'il apparaît clairement, toujours en fonction des constatations médicales à disposition,

que la personne assurée ne sera plus en mesure de récupérer sa capacité de travail dans la profession habituelle. Dès ce moment, et à condition que l'intéressé soit en mesure du point de vue médical de se réinsérer sur le plan professionnel, l'incapacité de travail déterminante pour le droit aux prestations doit être évaluée en fonction d'une autre activité lucrative exigible (Margit Moser-Szeless in Anne-Sylvie Dupont / Margit Moser-Szeless [éd.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 34 ss ad art. 6 LPGA). b) En l'occurrence, dans la décision initiale du 27 avril 2018 confirmée par la décision sur opposition litigieuse, l'intimée a considéré que le recourant présentait une incapacité de travail définitive dans son activité habituelle, mais qu'il pouvait en revanche exercer à temps plein une activité adaptée. De ce fait, elle a accordé au recourant une indemnité de reconversion jusqu'au 31 juillet 2018. Le recourant ne conteste pas l'appréciation de l'intimée quant à sa capacité de travail dans une activité adaptée. Il objecte en revanche qu'en date du 27 avril 2018, il était prématuré d'exiger une reconversion de sa part, ce d'autant plus qu'il avait recouvré une pleine capacité de travail dans son activité habituelle à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2018. L'intimée s'est principalement prévalu de l'appréciation du Dr S. \_\_\_\_\_ pour retenir, au mois d'avril déjà, que le recourant ne pouvait définitivement plus exercer son activité de plâtrier. Or, l'avis formulé par ce médecin-conseil ne permettait pas de parvenir à un tel constat, même au degré de la vraisemblance prépondérante. En effet, si le Dr V. \_\_\_\_\_ a effectivement mentionné l'éventualité d'une reconversion, il n'en demeure pas moins qu'il a précisé, tant dans sa correspondance à l'attention de l'intimée que dans son rapport du 12 avril 2018, que cette reconversion ne devait être envisagée qu'à compter du mois de mai et si le recourant n'avait pas repris son activité habituelle, à tout le moins à temps partiel. C'est donc à tort que l'intimée a estimé dans sa décision initiale du 27 avril 2018 que « sur la base de son examen médical, notre médecin-conseil constate que votre incapacité de travail à 100 % est médicalement justifiée dans votre profession actuelle et qu'une reprise du travail n'est plus envisageable dans celle-ci ». Il appartenait au contraire à l'intimée de réinterpeller le Dr S. \_\_\_\_\_ au début du mois de mai 2018, afin que celui-ci se positionne sur la stabilisation de l'état de santé du recourant et sur sa capacité de travail dans son activité habituelle. On relève au demeurant que dans son rapport du 12 avril 2018 à l'attention du médecin traitant, le Dr S. \_\_\_\_\_ a expliqué que la situation continuait d'évoluer lentement mais favorablement, alors que dans sa correspondance du même jour à l'attention de l'assureur, le médecin-conseil a en revanche évoqué « la stabilité de la situation ». Cette contradiction commandait d'autant plus que l'intimée interpelle le Dr S. \_\_\_\_\_ avant toute prise de décision. Compte tenu de ce qui précède, les constatations du médecin-conseil ne permettent pas d'affirmer que le recourant n'était plus en mesure de récupérer sa capacité de travail dans la profession habituelle, au jour de la décision contestée. L'avis du Dr T. \_\_\_\_\_, pour qui le pronostic était réservé compte tenu de l'activité professionnelle du recourant, n'est pas plus probant dans la mesure où il a été émis le 7 décembre 2017, soit au début de l'incapacité de travail, et n'était par conséquent pas actuel au moment où l'assurance a mis un terme à ses prestations. Quant au Dr W. \_\_\_\_\_, son rapport du 13 juillet 2018 est également empreint de contradictions. En effet, ce médecin a estimé que l'état de santé du recourant était stable (cf. question n° 6), mais que l'on pouvait attendre que celui-ci s'améliore au point que le recourant puisse reprendre son activité professionnelle habituelle (cf. question 8). Cette appréciation équivoque ne permet ainsi ni d'infirmer ni de confirmer une incapacité de travail durable dans l'activité de plâtrier-peintre, respectivement une stabilisation de l'état de santé du

recourant. Il ne se trouve ainsi au dossier aucun élément médical permettant de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'état de santé du recourant était stabilisé et que celui-ci présentait une incapacité de travail complète et durable dans son activité habituelle, étant relevé que le recourant fait valoir qu'il aurait recouvré sa pleine capacité de travail dans son métier à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2018. Par conséquent, l'avis de l'intimée selon lequel l'incapacité de travail du recourant dans son activité habituelle était définitive en date du 27 avril 2018 ne saurait être suivi. Compte tenu des carences et des divergences susmentionnées, l'intimée ne pouvait considérer, à cette date déjà, qu'il était établi à satisfaction de droit que le recourant ne pourrait plus reprendre son activité antérieure. Il apparaît au contraire que l'instruction médicale est lacunaire, contradictoire et nécessite d'être complétée.

6. a) Au vu de ce qui précède, il y a lieu d'admettre le recours, dans la mesure où il est recevable, et de renvoyer la cause à l'intimée à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Il lui appartiendra de compléter son instruction en effectuant toute mesure utile en vue de déterminer si la situation médicale du recourant s'est stabilisée, dans l'affirmative depuis quand et, cas échéant, l'impact de cette stabilisation sur le droit aux prestations de l'assurance-maladie perte de gain.

b) S'agissant de la violation du droit d'être entendu alléguée, même si elle était avérée, elle aurait dû être considérée comme réparée devant l'autorité de céans, qui dispose d'un plein pouvoir de cognition.

7. a) En définitive, le recours doit être admis, dans la mesure où il est recevable, et la décision sur opposition attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimée pour complément d'instruction dans le sens des considérants.

b) Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, le recourant a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 2'000 fr. (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimée qui succombe. La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir des frais judiciaires. Par ces motifs, la juge unique prononce :

I. Le recours est admis, dans la mesure où il est recevable.

II. La décision sur opposition rendue le 7 août 2018 par V.\_\_\_\_\_ SA est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction.

III. V.\_\_\_\_\_ versera une indemnité de dépens de 2'000 fr. (deux mille francs) au recourant.

IV. Il n'est pas perçu de frais judiciaire.

La juge unique : \_\_\_\_\_ La greffière : \_\_\_\_\_

Du L'arrêt qui précède est notifié à : ■ CAP Compagnie d'assurance de protection juridique SA (pour Q. \_\_\_\_\_) ; ■ V. \_\_\_\_\_ ; - 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 :