RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1799/2004 **ATAS/1010/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 4

du 8 novembre 2006

En la cause

Monsieur L_____, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître AMAUDRUZ Michel	demandeur

contre

LA GENEVOISE, COMPAGNIE D'ASSURANCES SUR LA VIE, sise avenue Eugène-Pittard 16, GENEVE	défenderesse

Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Maya CRAMER et Doris WANGELER, Juges

EN FAIT

1. Monsieur L_____ (ci-après le demandeur), né en mai 1956, travaillait depuis le 3 septembre 2001, dans l'entreprise de gypserie-peinture M_____, en tant que peintre en bâtiment. En sa qualité d'employé, il était assuré auprès de LA GENEVOISE, compagnie d'assurances sur la vie (ci-après la défenderesse) pour la perte de gain en cas de maladie, selon la loi sur le contrat d'assurance (LCA). Le contrat-cadre ainsi que les conditions générales seront examinés dans la mesure utile dans la partie en droit.

2. En raison de fortes douleurs cervicales, le demandeur s'est trouvé une première fois en incapacité de travail du 29 avril au 25 juin 2002 et a touché des indemnités journalières de l'assurance.

3. En date du 10 juillet 2002, le demandeur a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI), visant à une mesure de reclassement.

4. Le 26 août 2002, l'employeur a mis un terme au contrat de travail le liant au demandeur avec effet au 24 septembre 2002, pour des motifs d'ordre économique.

5. Dès le 31 août 2002, le demandeur s'est à nouveau trouvé en incapacité totale de travail en raison de ses douleurs cervicales et la défenderesse lui a versé des indemnités journalières dès le 2 septembre 2002, après un délai d'attente de deux jours.

6. Le Dr A_____, médecin-conseil de la défenderesse, a confié une expertise à la Dresse B_____, interniste, afin d'évaluer l'état de santé du demandeur. Celle-ci a constaté, dans son rapport du 25 septembre 2002, que l'incapacité de travail du demandeur était justifiée, compte tenu de l'âge, de l'affection dont il souffrait et de sa profession. Cette experte a estimé que l'assuré présentait une douleur musculaire, avec contractures locales, dont l'évolution devait être favorable dans les deux à trois semaines. Enfin, elle a préconisé de ne pas prolonger l'arrêt de travail afin d'éviter une chronicisation des troubles.

7. Par courrier du 18 novembre 2002, le Dr C_____, médecin traitant interniste du demandeur, a confirmé au médecin-conseil de la défenderesse que l'incapacité totale de travail de son patient se poursuivait et qu'une démarche auprès de l'assurance-invalidité avait été initiée. Il lui a communiqué copie du rapport des consultations du Dr D_____, faites en avril et juin 2001 à sa demande. Selon ces attestations, le Dr D_____ avait diagnostiqué chez le demandeur un syndrome algo-dysfonctionnel C6 et D3 à droite sans trouble neurologique associé. L'examen du rachis lombaire était normal. Les radiographies avaient mis en évidence une discopathie peu importante C6-C7 sans signe d'instabilité. Enfin, ce

médecin a relevé l'existence de facteurs extrasomatiques, compte tenu de l'absence de variation de la douleur malgré un traitement médicamenteux.

8. Dans un rapport du 4 décembre 2002, la Dresse B_____, qui avait revu le patient à la demande de l'assurance, a posé comme diagnostic principal, ayant entraîné et justifié l'incapacité de travail du demandeur, des cervicalgies chroniques, accompagnées d'un très probable état dépressif, nié comme facteur de comorbidité influençant cette incapacité. Elle a proposé la prise d'EFEXOR en attendant que soit organisée une hospitalisation du demandeur pour deux à trois semaines afin d'assurer une prise en charge pluridisciplinaire. Elle n'envisageait pas une reprise du travail par le patient et estimait l'évolution de la situation du demandeur peu favorable, compte tenu de son attitude peu motivée.

9. Le demandeur a été hospitalisé au service de rhumatologie des Hôpitaux Universitaires Genevois (ci-après les HUG) du 27 janvier au 11 février 2003. Les Dresses E_____, médecin cheffe, et F_____, interniste, ont confirmé, dans leur rapport du 17 février 2003, que le demandeur présentait des cervicobrachialgies droites chroniques, sans trajet radiculaire, une discarthrose avec pincement à prédominance antérieure entre C5-C6 et C6-C7, une atteinte du nerf médian droit au tunnel carpien avec une possible atteinte associée du nerf cubital au canal du Guyon à gauche, ainsi qu'une probable tendinopathie du sus-épineux et une bursite chronique. Ces doctoresses ne se sont pas prononcées sur la capacité de travail de l'assuré.

10. Le médecin-conseil de la défenderesse a requis une seconde expertise confiée au Dr G_____, rhumatologue. Dans son rapport du 25 février 2003, cet expert a estimé que l'incapacité totale de travail de l'assuré depuis le 31 août 2002 était justifiée, puisque sa profession de peintre exigeait des mouvements incompatibles avec les affections constatées. L'examen clinique mettait en évidence une diminution de la mobilité du rachis cervical avec douleurs dans toutes les directions, des apophyses épineuses douloureuses, une contracture paracervicale gauche douloureuse et un muscle trapèze droit sensible et tendu. Le Dr G_____ a relevé que les différents traitements entrepris, à savoir plus de trente séances de physiothérapie ainsi que des techniques de médecine manuelle, en sus de la prise de médicaments, n'avaient eu que peu d'effets. La situation du demandeur, à deux semaines de sa sortie d'hôpital, était identique à celle existant auparavant. Le pronostic fonctionnel était assez sombre chez ce patient qui semblait de plus en plus démotivé. Un reclassement professionnel semblait être la meilleure solution.

11. Par courrier du 24 avril 2003, la défenderesse, se référant à l'expertise du Dr G_____, a averti le demandeur qu'elle mettrait un terme à ses versements dans les trois mois, soit au 31 juillet 2003, temps que l'assuré pouvait consacrer à rechercher une activité adaptée à son état de santé.

12. Par courrier du 8 août 2003, la défenderesse a prolongé le versement de ses prestations au 31 août 2003.

13. Le 18 août 2003, le demandeur a requis la poursuite du versement des indemnités journalières en sa faveur, en raison de son incapacité totale de travail.

14. Par courrier du 8 décembre 2003, il a sommé la défenderesse de lui verser les indemnités dues de septembre à décembre 2003.

15. Par décision du 28 janvier 2004, l'autorité cantonale de l'assurance-chômage - auprès de laquelle s'était inscrit l'assuré - lui a nié l'aptitude au placement.

16. Suite au refus de la défenderesse de poursuivre le versement des indemnités journalières au-delà du 31 août 2003, le demandeur a déposé une demande en paiement, le 30 août 2004, devant le Tribunal cantonal des assurances sociales. Il a conclu, sous suite de dépens, à la condamnation de la défenderesse à lui payer la somme de 51'715 fr. équivalant à 357 jours d'indemnités journalières, avec intérêts à 5% dès le 1er mars 2004. En effet, selon lui, tant son médecin traitant que l'expert G_____ l'avaient estimé totalement incapable de travailler dans sa profession et avaient préconisé des mesures de reclassement professionnel. Cependant, le stage au COPAI avait démontré qu'il ne pouvait pas accomplir les tâches demandées avec un rendement suffisant pour une entreprise. Il avait donc droit à des indemnités. Par ailleurs, il a exposé avoir touché des prestations depuis le 2 septembre 2002 jusqu'au 31 août 2003, soit pendant 363 jours, équivalant à un montant total de 52'584 fr. 15. Selon lui, les 720 jours d'indemnités se mesuraient en argent (crédit en argent) et non en temps, conformément à l'art. 324a du code des obligations. Ainsi, son droit aux indemnités journalières de 144 fr. 86 pendant 720 jours correspondait à une somme globale de 104'299 fr. 20. Après déduction des 52'584 fr. 15 déjà versés, le montant qui lui restait dû s'élevait à 51'715 fr. 02, objet de sa demande en justice.

17. Par décisions du 27 septembre 2004 et du 9 décembre 2004, l'OCAI a reconnu à l'assuré un degré d'invalidité de 55% et lui a octroyé une demi-rente simple dès le 1er août 2003.

    Dans ses décisions, fondées notamment sur les résultats du stage COPAI, l'OCAI a considéré que l'assuré conservait une capacité résiduelle de travail de 60% dans une activité adaptée. De la comparaison des revenus avant et après invalidité, découlait une perte de gain de 55%, ouvrant droit à une demi-rente d'invalidité.

18. Par réponse du 26 novembre 2004 à la demande en paiement, la défenderesse a conclu, sous suite de dépens, à l'irrecevabilité de l'action intentée par sa partie adverse devant le Tribunal de céans et, subsidiairement, au déboutement de celle-ci et à sa condamnation au remboursement de 2'638 fr. 25, correspondant au montant de la surindemnisation du 1er au 31 août 2003, dû au versement de la demi-rente

d'invalidité. Quant au fond, la défenderesse a fait valoir que le médecin traitant, la Dresse B_____ et l'expert G_____ estimaient la capacité de l'assuré complète dans une activité légère. Ainsi, en lui laissant quatre mois (du 24 avril au 31 août 2003) pour retrouver du travail, elle avait rempli ses obligations contractuelles et avait agi conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral (ci-après le TF) en la matière.

19. Par réplique du 20 janvier 2005, le demandeur a persisté dans ses conclusions, et, subsidiairement, a sollicité la suspension de la procédure jusqu'à droit jugé sur l'opposition qu'il entendait former contre la décision de l'OCAI du 9 décembre 2004. Il a précisé enfin qu'au vu de son âge, de ses limitations et de son manque de formation, un délai de trois mois pour retrouver un travail, sans mesure de reclassement, était irréaliste.

20. Par duplique du 3 mars 2005, la défenderesse a précisé avoir été indemnisée par l'assurance-invalidité du montant de 2'638 fr. 25 pour le mois d'août 2003, et réduit ses prétentions en conséquence. Elle a rappelé que le demandeur présentait une pleine capacité résiduelle de travail depuis septembre 2003. Enfin, elle a exposé que même en se référant à la décision de l'OCAI, qui ne la liait pas et qui reconnaissait au demandeur une capacité de travail de 60% dans une activité adaptée, le versement de ses prestations n'était plus justifié dans la mesure où les conditions générales applicables au contrat ne prévoyaient des prestations qu'en cas d'incapacité de travail de 50% au moins.

21. Par décision incidente du 23 mars 2005, le Tribunal de céans a suspendu la procédure jusqu'à droit connu dans une procédure pendante devant le Tribunal des conflits, relative à la question de la compétence du Tribunal en matière d'assurance perte de gain LCA.

22. Par ordonnance du 11 janvier 2006, le Tribunal a repris l'instruction de la cause, communiqué aux parties l'arrêt du Tribunal des conflits du 26 août 2005, entré en force, et annoncé qu'une prochaine audience de comparution personnelle des parties serait convoquée.

23. Une comparution personnelle des parties s'est tenue le 1er mars 2006 devant le Tribunal de céans. L'assuré a notamment expliqué ne plus avoir été hospitalisé ou opéré depuis le début de l'année 2003. Depuis juin 2005, il bénéficiait de prestations de chômage à 50% et effectuait des recherches d'emploi pour un poste adapté à 50%. Il avait également suivi un stage à mi-temps à l'Hôpital de Beau-Séjour du 3 au 31 janvier 2006.

24. Une nouvelle comparution des parties s'est tenue devant le Tribunal de céans le 12 avril 2006. La défenderesse a exposé que l'indemnisation de l'assuré s'était opérée, sur la base du contrat collectif, jusqu'en août 2003. Toutefois, suite à l'expertise du Dr G_____ et aux avis des Drs B_____ et C_____ notamment,

attestant d'une capacité résiduelle de travail du demandeur, elle avait cessé le versement de ses prestations au 31 août 2003. Considérant que l'assuré était en mesure d'exercer une activité adaptée dès février 2003, elle lui avait donc octroyé un délai supérieur à cinq mois pour lui permettre de retrouver du travail, délai conforme à la jurisprudence fédérale.

25. Par courrier du 30 juin 2006, le Tribunal de céans a requis de l'OCAI l'apport des pièces de l'assurance-invalidité, relatives à l'évaluation de la capacité de travail du recourant. Les pièces intéressant la présente procédure sont les suivantes :

- le rapport du 13 septembre 2002 du Dr C_____, selon lequel le demandeur présente une importante limitation globale de la mobilité de la colonne cervicale et lombaire. Ce médecin préconise de la physiothérapie et des anti-inflammatoires non stéroïdiens. Il considère que l'activité exercée jusqu'alors ne peut plus l'être, qu'aucune mesure ne permet d'améliorer la capacité de travail à ce poste, mais qu'une autre activité peut être envisagée à plein temps, sans diminution de rendement, par exemple dans le secteur de la surveillance. L'assuré peut, selon lui, tenir la position assise quatre heures par jour, la position debout quatre heures également, alterner les positions assis/debout et debout/marche, incliner le buste, adopter la position accroupie, marcher sans limitation, utiliser ses deux bras, avoir un horaire irrégulier. Il ne peut par contre adopter la position à genoux, lever, porter ou déplacer des charges, se baisser, travailler en hauteur et se déplacer sur un sol irrégulier ou en pente.

- le rapport du stage COPAI effectué par le demandeur au Centre d'intégration professionnelle de l'assurance-invalidité du 1er au 28 mars 2004, duquel il ressort que ses capacités physiques sont compatibles avec un emploi léger, à plein temps et avec un rendement de 60% en position assise ou debout. Les limitations mises en évidence sont le port de charges limité à droite, pas de travail en hauteur ni penché en avant, une alternance nécessaire de positions et de courtes pauses. En ce qui concerne les capacités d'adaptation, d'apprentissage et d'intégration de l'assuré, elles sont compatibles avec un emploi simple et pratique dans le circuit économique normal et les aptitudes du demandeur lui permettent de suivre une formation pratique en entreprise. Les métiers possibles consistent en un emploi d'ouvrier dans la mécanique légère, le conditionnement léger et/ou les petits montages ou un emploi dans le secteur de la surveillance.

- le rapport du 24 février 2006 émanant des maîtres socio-professionnels de l'Atelier de réadaptation professionnelle (Hôpital de Beau-Séjour), selon lequel le stage a porté sur le démontage d'appareils électriques et électroniques, le ponçage de planches de transfert, le décapage de pièces de bois et le port de charges. D'après le rapport de stage, le maintien de la position assise, qui n'a guère dépassé 20 à 30 minutes, n'est plus possible de manière répétitive et une activité dans une structure de type atelier protégé paraît la seule éventualité possible. L'aptitude au placement

est apparue inexistante. Aucune évaluation médicale n'a été réalisée au cours de cette observation.

26. Dans ses écritures du 6 septembre 2006, le demandeur a indiqué que le dossier de l'OCAI ne modifiait en rien son argumentation et a persisté dans ses conclusions.

27. Dans ses écritures du 6 septembre 2006, la défenderesse a relevé que le rapport du 24 février 2006 de l'Atelier de réadaptation professionnelle des HUG devait être écarté car il ne contenait pas d'évaluation médicale et, de plus, portait sur une période postérieure à son obligation contractuelle. Elle a repris pour le surplus les arguments contenus dans sa réponse du 26 novembre 2004.

28. Le Tribunal de céans, après avoir transmis les différentes pièces aux parties, a gardé la cause à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

   Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à 3 juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Préalablement, la défenderesse a contesté la compétence du Tribunal de céans en matière d'assurances complémentaires.

   L'art. 56V al. 1 let. c LOJ - entré en vigueur le 1er août 2003 - confère au Tribunal cantonal des assurances sociales la compétence de connaître, en instance unique, des contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale prévue par la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal) et à l'assurance-accidents obligatoire prévue par la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA).

   Le Tribunal cantonal des assurances sociales est ainsi saisi de l'ensemble du contentieux en matière d'assurances complémentaires privées, tant dans le domaine de l'assurance-maladie que dans celui de l'assurance-accidents, ainsi que l'a reconnu le Tribunal des conflits (arrêt du Tribunal des conflits du 26 août 2005, n° 55/2005, consid. 2c). Sa compétence matérielle pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

3. La LCA a subi des modifications, en vigueur depuis le 1er janvier 2006. Cependant, du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits. Dès lors les dispositions de la LCA seront citées dans leur teneur en vigueur au moment des faits déterminants.

4. a) Selon la jurisprudence du TF, si le sinistre est survenu pendant la période de couverture, l'assureur doit verser les prestations convenues jusqu'à épuisement, aussi longtemps qu'elles sont justifiées selon les clauses conventionnelles; la seule limite que connaisse la couverture réside non dans la fin des relations contractuelles, mais dans la durée des prestations convenues (MEUWLY, La durée de la couverture d'assurance privée, thèse Fribourg 1994, p. 185). Partant, en l'absence de clauses conventionnelles limitant ou supprimant le droit aux prestations au-delà de la période de couverture, l'assuré qui, après un événement ouvrant le droit aux prestations, sort d'une assurance collective parce qu'il cesse d'appartenir au cercle des assurés défini par le contrat, peut faire valoir son droit aux prestations également pour les suites de l'événement qui se produisent après l'extinction du rapport d'assurance (MAURER, Schweizerisches Privatversicherungsrecht, 3e éd., 1995, p. 240; ATF non publiés du 8 janvier 2001, 5C.211/2000 et 5C.239/2000).

   b) Aux termes de l'art. 61 al. 1, 1ère phrase LCA, lors du sinistre, l'ayant droit est obligé de faire tout ce qui est possible pour restreindre le dommage. Dans un arrêt non publié du 23 octobre 1998 qui concernait comme en l'espèce une assurance collective d'indemnités journalières selon la LCA (ATF non publié 5C.176/1998 du 23 octobre 1998, consid. 2c), le TF a considéré que l'art. 61 LCA était l'expression du même principe général dont il déduisait, en matière d'assurance d'indemnités journalières soumise au droit des assurances sociales, l'obligation de l'assuré de diminuer le dommage par un changement de profession lorsqu'un tel changement peut raisonnablement être exigé de lui, pour autant que l'assureur l'ait averti à ce propos et lui ait donné un délai adéquat (cf. ATF 111 V 235 consid. 2a; 114 V 281 consid. 3a). Selon la jurisprudence du TF, lorsque l'assuré doit envisager un changement de profession en regard de l'obligation de diminuer le dommage, 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; 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 (ATF non publié K 14/99 du 7 février 2000, reproduit in RKUV 2000 KV 112 122, consid. 3a).

5. L'incapacité d'exercer une activité professionnelle suppose l'instruction de faits d'ordre médical. La tâche du médecin, précisée par la jurisprudence, consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales

constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4; 115 V 134 consid. 2; 114 V 314 consid. 3c; 105 V 158 consid. 1). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (ATFA non publié du 6 mai 2003, I 762/02).

En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 122 V 160 consid. 1c ; OMLIN, die Invaliditätsbemessung in der obligatorischen Unfallversicherung p. 297 et ss; MORGER, Unfallmedizinische Begutachtung in der SUVA, in RSAS 32/1988 p. 332 et ss).

L'autorité administrative ou le juge ne doit considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème édition Berne 1984, p. 136 ; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème édition, p. 278 ch. 5). 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. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5 let. b; 125 V 195 consid. ch. 2 et les références).

6. a) Est litigieuse la question de savoir si la défenderesse était légitimée à supprimer le versement de ses prestations à partir du 31 août 2003.

Préalablement, il convient de déterminer quels sont les contrats applicables aux rapports contractuels des parties.

Tout d'abord, le contrat cadre d'assurance liant la Fédération des Syndicats Patronaux et la défenderesse, qui précise les prestations assurées (80% du salaire, après un délai d'attente de 2 jours pour une durée de 720 jours dans une période 900 de jours consécutifs) et qui constitue la police d'assurance, trouve application.

Quant aux conditions générales (ci-après les CGA), les parties produisent deux documents différents intitulés "Assurance collective maladie d'indemnités journalières des entreprises" et "Assurance collective maladie d'indemnités journalières des entreprises - Bâtiment - Conditions générales pour les métiers du Bâtiment, Gros Œuvre et Second œuvre, édition janvier 2003". Ces CGA comportent des clauses différentes relativement à la couverture d'assurance, qui concerne le présent litige. Les CGA produites par le demandeur stipulent que lorsque la couverture d'assurance prend fin - notamment lorsque l'assuré quitte le cercle des assurés -, le droit aux prestations en cours est prolongé pendant au plus 180 jours, pour autant qu'il n'existe pas une autre couverture d'assurance auprès d'un nouvel employeur et que le droit aux prestations ne soit pas épuisé. Les CGA édition 2003 disposent seulement que le droit aux prestations prend fin en même temps que la couverture d'assurance. Le Tribunal de céans relève cependant que la question de savoir quelles CGA sont applicables peut rester ouverte, puisque la demanderesse a reconnu, par actes concluants - soit par le versement d'indemnités journalières - devoir des prestations au-delà de la fin du contrat de travail. Quant aux autres clauses applicables, elles sont identiques dans les deux exemplaires de CGA.

b) Aux termes du contrat cadre et des conditions générales, la défenderesse est tenue de verser des indemnités journalières proportionnelles au taux d'incapacité de travail, pour autant que celui-ci atteigne au moins 50% (art. 6 du contrat cadre). Il s'agit de l'incapacité d'exercer une activité professionnelle habituelle, ou toute autre activité professionnelle adaptée raisonnablement exigible (art. 5.3 CGA). Aux termes de l'art. 15.4 CGA, la défenderesse a le droit de réduire ou supprimer les indemnités journalières après que l'assuré en ait été avisé dans un délai adéquat, si un changement d'activité peut raisonnablement être exigé de celui-ci.

7. En l'espèce, le rapport du Dr C_____, médecin traitant, de septembre 2002, lequel revêt une pleine valeur probante par son caractère complet, met en évidence la pleine capacité du demandeur à exercer une activité adaptée, sans diminution de rendement, malgré les limitations indiquées. Les autres avis médicaux figurant au dossier ne contiennent pas d'éléments susceptibles de mettre en doute l'avis du Dr C_____. Les Dresses B_____, E_____ et F_____, ne se sont en effet pas prononcées sur la capacité résiduelle de travail du demandeur. Quant au Dr G_____, il n'a pas émis d'avis sur la question non plus mais a préconisé des mesures de reclassement professionnel, reconnaissant par là même une capacité résiduelle de travail à l'assuré. Enfin, s'agissant du rapport du COPAI, il convient de rappeler que les données médicales l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (ATFA non publié du 6 mai 2003, I 762/02). Quoi qu'il en soit, le rendement de travail du demandeur retenu par les maîtres d'atelier du COPAI, de 60% dans une activité adaptée à plein temps, ne

saurait modifier l'issue du litige, dans la mesure où un taux d'incapacité de travail d'au moins 50% est requis aux termes des CGA, pour ouvrir au demandeur un droit à obtenir des indemnités journalières. Quant aux conclusions du Service de rééducation du département des neurosciences cliniques et dermatologiques de Genève du 24 février 2006, selon lesquelles aucun rendement chez le patient n'est objectivement quantifiable, l'ensemble du rendement ne dépassant pas 30% sur une semaine à mi-temps, elles ne reposent pas sur une évaluation médicale; en outre, ce stage s'est déroulé plus de deux ans après la période pertinente pour le présent litige et il convient par conséquent d'écarter ces conclusions.

8. Au vu de ce qui précède, il y a lieu de constater que le demandeur présente une capacité résiduelle de travail d'au moins 60% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, tel un emploi d'ouvrier dans la mécanique légère, le conditionnement léger et/ou les petits montages ou le secteur de la surveillance, activités simples et répétitives qui ne requièrent pas de formation, si ce n'est une formation dans l'entreprise même.

   Dès lors, la défenderesse, en avertissant le demandeur de la fin de ses versements dans un délai de trois, puis de quatre mois, lui a laissé un temps suffisant au regard de la jurisprudence fédérale, pour retrouver du travail.

   Ainsi, c'est à bon droit que la défenderesse a cessé le versement de ses prestations au 31 août 2003, après avoir donné au demandeur un délai raisonnable pour trouver une autre activité. La demande, mal fondée, sera par conséquent rejetée.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

A la forme :

1. Déclare la demande recevable.

Au fond :

2. La rejette.

3. Dit que la procédure est gratuite.

4. Informe les parties que, s'agissant de la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 et dans les limites des articles 43 ss et 68 ss de la loi fédérale sur l'organisation judiciaire du 16 décembre 1943, la présente décision peut faire l'objet d'un recours au Tribunal fédéral dans les trente jours dès sa notification. Le mémoire de recours sera adressé en trois exemplaires au Tribunal cantonal des assurances, 18, rue du Mont-Blanc, 1201 Genève. La présente décision et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyen de preuve, doivent être joints à l'envoi.

Le greffier	La Présidente
Walid BEN AMER	Juliana BALDE

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances privées par le greffe le