

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/310/2013

ATAS/938/2014

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 27 août 2014

4ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à Meyrin, comparant avec élection
de domicile en l'étude de Maître Christian van GESSEL

demandeur

contre

ZURICH COMPAGNIE D'ASSURANCES S.A., sise route de
Chavannes 35, LAUSANNE, comparant avec élection de domicile
en l'étude de Maître Pierre GABUS

défenderesse

**Siégeant : Juliana BALDEÉ, Présidente; Christine LUZZATTO et Dana DORDEA,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré ou le demandeur), né en 1950, est titulaire d'un certificat fédéral de capacité de fraiseur obtenu en 1973. Dès le 5 octobre 1998, il a travaillé auprès de l'entreprise B_____ S.A. en tant que mécanicien de précision et bénéficiait d'une couverture perte de gain maladie (n° de police 1_____) auprès de la Zürich compagnie d'assurances S.A. (ci-après l'assureur ou la défenderesse).
2. Le 12 avril 2010, l'assuré a été victime d'un accident entraînant une double fracture du pied et une incapacité de travail totale, puis partielle. Le cas a été pris en charge par la Suva (ci-après l'assureur-accidents) et l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail totale le 4 mars 2011.
3. Dès le 10 février 2011, l'assuré a été en incapacité de travail totale pour cause de maladie.
4. L'assureur a versé des indemnités journalières perte de gain maladie s'élevant à CHF 192.47 par jour.
5. Par rapport du 3 mai 2011 à l'assureur, la doctoresse C_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a expliqué que l'assuré lui avait été adressé en avril 2011 dans le contexte d'un épisode dépressif sévère, survenu dans les suites d'un licenciement en février 2011. L'assuré présentait toujours un état dépressif sévère avec notamment un retrait social, une difficulté à sortir de chez lui, une importante anhédonie, une aboulie, un important sentiment de culpabilité et de tristesse, des troubles du sommeil sous forme de difficultés d'endormissement et de sommeil agité avec des cauchemars, associés à une anxiété, ainsi que des idées noires sans projets suicidaires. Le médecin notait également des lombalgies importantes qui s'étaient aggravées ces dernières semaines.
6. Par rapport intermédiaire du 5 mai 2011 adressé à l'assureur, la doctoresse D_____, spécialiste FMH en médecine interne, a diagnostiqué un état dépressif sévère survenu à la suite d'un licenciement et des lombalgies récidivantes. Le traitement prescrit consistait en la prise d'antidépresseurs, des antalgiques et de la physiothérapie. L'incapacité de travail était totale depuis le 10 février 2011.
7. Le 12 mai 2011, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité (ci-après l'OAI).
8. Par rapport du 21 juin 2011, la docteresse E_____, spécialiste FMH en neuroradiologie, a diagnostiqué, suite à une imagerie à résonance magnétique (ci-après IRM) lombaire effectuée le 20 juin 2011, une probable anomalie transitionnelle interprétée comme une lombalisation de S1, un status après spondylodèse L5-S1 et décompression postérieure satisfaisante au niveau L5-S1, un rétrécissement modéré du fourreau dural au-dessus du niveau de fixation (au niveau L4-L5) d'origine constitutionnelle, aggravé par des remaniements dégénératifs

débutants des articulations inter-apophysaires postérieures et une discopathie L4-L5 légèrement protrusive.

9. Par courrier du 15 août 2011 à l'assuré, l'employeur a mis fin au contrat de travail avec effet au 30 novembre 2011. Il attirait son attention sur le fait notamment que la couverture d'accident cesserait un mois après le 30 novembre 2011.
10. Par rapport du 23 août 2011 à l'assureur, la Dresse D_____ a posé les diagnostics de lombosciatalgies bilatérales sur canal lombaire étroit et un état dépressif réactionnel. Sous traitement, l'évolution de la thymie était favorable avec cependant la persistance de lombalgies invalidantes et l'incapacité de travail totale débutée le 10 février 2011 perdurant jusqu'au 30 septembre 2011. Sur le plan rhumatologique, l'assuré était suivi par la doctoresse F_____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne générale.
11. Le 29 août 2011, l'assureur a mandaté la clinique Corela aux fins de procéder à une expertise.
12. Un échange de correspondance a eu lieu entre l'assureur et l'assuré, celui-ci contestant le choix des experts, soit les docteurs G_____, neurochirurgien et H_____, psychiatre.
13. Suite à une consultation en neurochirurgie le 31 octobre 2011 et à une consultation en psychiatrie le 9 novembre 2011, les Drs G_____ et H_____ ont, par rapport du 13 janvier 2012, diagnostiqué chez l'assuré, avec répercussion sur sa capacité de travail, des lombo-sciatalgies bilatérales sur canal lombaire étroit probablement à l'étage L4-L5 et un status post-chirurgie décompressive au niveau L4-L5 avec une fixation lombaire semi-rigide. Sans incidence sur sa capacité de travail, l'assuré présentait un trouble de l'adaptation avec prédominance de la perturbation d'autres émotions, en cours de rémission (F43.23) et une possible utilisation nocive de l'éthyle pour la santé (F10.1). Les limitations fonctionnelles dues à l'atteinte somatique étaient la marche prolongée, le port de charges légères (jusqu'à 10 kg occasionnellement et/ou moins de 5 kg souvent), la position en porte-à-faux lombaire et la conduite d'engins vibrants. Dans son activité habituelle, l'assuré avait une capacité de travail nulle de manière définitive car il était amené à porter ou à déplacer des pièces de 10 à 15 kg et à faire tourner manuellement une machine; il avait donc une position debout et surtout en porte-à-faux lombaire. Par contre, dans une activité adaptée, sa capacité de travail était totale à partir du 9 novembre 2011.

Les experts ont indiqué que l'assuré était connu pour des épisodes de lombalgies aiguës et en juin 2007, il avait bénéficié d'une cure chirurgicale au niveau L4-L5. Dans le cadre de son activité professionnelle, il avait subi le 12 avril 2010 une fracture du 2^{ème} et 3^{ème} cunéiformes du tarse gauche, compliquée par une algodystrophie. Cette atteinte avait lentement guéri et une reprise du travail avait eu lieu progressivement et totalement dès le 3 mars 2011. En février 2011, suite à la résiliation de son contrat de travail, l'assuré avait développé un état anxio-dépressif réactionnel avec apathie et troubles du sommeil. Un traitement avait été instauré. A

la même époque, une récurrence de lombalgies aiguës mais non déficitaires était également rapportée, traitée par antalgiques. Au mois d'avril 2011, l'état de santé s'était péjoré, le trouble dépressif sévère s'accompagnant d'une importante anhédonie, d'une aboulie, d'un sentiment de culpabilité et de tristesse, d'un retrait social, de difficultés à sortir de chez lui, ainsi que d'anxiété et d'idées noires. Parallèlement aux troubles psychiques, l'assuré se plaignait d'une aggravation de ses lombalgies, d'où la mise en place d'une physiothérapie en plus des antalgiques. Le 23 août 2011, après IRM, un diagnostic de lombosciatalgies bilatérales sur canal lombaire étroit avait été retenu.

L'assuré se plaignait de douleurs au niveau de la région lombaire basse améliorées en position de repos ou allongée et déclenchées essentiellement à la marche. Il rapportait une limitation du périmètre de marche à 100 m et des douleurs au niveau des membres inférieurs, de type radiculaire jusqu'au talon, à bascule. A l'examen clinique du rachis lombaire, il existait une raideur, sans douleur à la palpation paravertébrale ou à la mobilisation articulaire. Le compte-rendu d'IRM du 20 juin 2011 permettait de poser le diagnostic. L'assuré devait revoir le Docteur I_____, spécialiste FMH en neurochirurgie, afin d'évaluer la présence du canal lombaire étroit et du rétrécissement décrit à l'IRM du 20 juin 2011, lequel pourrait expliquer une symptomatologie de claudication neurologique décrite par l'assuré.

L'expert a expliqué que lorsqu'il existe un canal lombaire étroit avec une contrainte radiculaire bien documentée et une claudication neurologique à la marche, une décompression chirurgicale peut être indiquée. Dans le cas de l'assuré, en l'absence d'images à disposition, l'expert ne pouvait confirmer le degré d'étroitesse canalaire et l'indication chirurgicale. Des examens d'investigations complémentaires étaient donc souhaitables, vu la présence d'une suspicion de contrainte radiculaire, corrélée sur le plan clinique avec une limitation dans le périmètre de marche avec claudication et l'absence de réponse au traitement thérapeutique. Aucun déficit radiculaire n'était toutefois évident, ne témoignant pas en faveur d'un geste opératoire. L'évolution n'était pas prévisible, car il y avait une aggravation des plaintes et la présence d'une contrainte au niveau du canal rachidien dans le cas d'un canal lombaire étroit au-dessus du niveau déjà opéré. Ainsi, dans la mesure où une limitation dans le périmètre de marche était rapportée et vu que ni les infiltrations, ni le traitement médical n'avaient été efficaces, on ne pouvait pas espérer une amélioration significative. Il était possible qu'un geste chirurgical soit nécessaire au niveau du canal lombaire étroit pour espérer une amélioration significative des signes cliniques, surtout en ce qui concernait la marche. Cette éventuelle indication opératoire future ne contredisait pas une reprise du travail immédiate, dans une activité adaptée.

Sur le plan psychique, l'assuré évoquait encore des troubles du sommeil ainsi qu'une irritabilité. Il avait évoqué un léger trouble de la concentration, mais cette difficulté concernant l'attention n'avait pas été retrouvée lors de l'examen. L'expert a indiqué que l'assuré avait présenté un état clinique marqué par un trouble de

l'adaptation avec prédominance de la perturbation d'autres émotions. Il avait fait face notamment à un stress psychosocial et il avait présenté un état clinique associant originellement apathie, troubles du sommeil, humeur dépressive et sentiment de culpabilité. Au terme de l'examen clinique, l'assuré avait montré que l'évolution des symptômes appartenant au trouble de l'adaptation était favorable et qu'il s'agissait d'un état en rémission. L'expert a ajouté que les symptômes du trouble de l'adaptation étaient apparus au cours du mois ayant suivi l'annonce du licenciement en février 2011. Il n'avait toutefois pas retrouvé les symptômes majeurs appartenant à un épisode dépressif sévère. Sous traitement médical, et grâce à la psychothérapie, l'évolution de la thymie de l'assuré avait été décrite comme favorable. La rémission significative des symptômes était en cours, dès le jour de l'examen et la capacité de travail était totale dès le 9 novembre 2011.

14. Par courrier du 23 janvier 2012, l'assureur a adressé une copie de l'expertise à l'assuré. Au vu des conclusions des experts, l'activité de mécanicien de précision n'était plus adaptée au handicap de l'assuré en raison de ses atteintes somatiques. En revanche, une capacité de travail à 100% était exigible dans un poste adapté en respectant les limitations fonctionnelles, soit éviter la marche prolongée, la position en porte-à-faux lombaire, le port de charges légères (jusqu'à 10 kg occasionnellement et/ou inférieures à 5 kg souvent) et la conduite d'engins vibrants. Il appartenait donc à l'assuré de mettre en valeur sa pleine capacité de travail en recherchant un emploi dans une activité adaptée, conformément à l'art. 61 de la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (loi sur le contrat d'assurance, LCA ; RS 221.229.1) et à l'art. 6 des conditions applicables au contrat d'assurance. Le versement des indemnités journalières allait être poursuivi jusqu'au 30 avril 2012, sur la base d'une incapacité de travail de 100% et sur présentation d'un certificat médical chaque mois, afin de permettre à l'assuré d'entreprendre les démarches nécessaires. Si au 1^{er} mai 2012 l'assuré n'avait pas trouvé d'emploi, il lui appartenait de s'inscrire au chômage.
15. Par courrier du 25 avril 2012, l'assureur a expliqué à l'assuré que l'arrêt rendu par la chambre de céans le 24 janvier 2012 dans une cause l'opposant à l'OAI, ne lui permettait pas de modifier sa position, laquelle était fondée sur les conclusions des experts G_____ et H_____. Selon ceux-ci, la capacité de travail de l'assuré était nulle dans l'activité professionnelle de mécanicien de précision, mais pleine et entière dans une activité adaptée à son état de santé. Ces médecins n'avaient pas apporté d'élément d'évolution négative, de sorte que la fin des prestations était maintenue à la date du 30 avril 2012. Si l'assuré devait toutefois obtenir de nouveaux renseignements médicaux, l'assureur les examinerait volontiers.
16. Par courrier du 7 juin 2012, l'assuré a indiqué ne pas accepter la position de l'assureur et contester les conclusions des experts mandatés. Une procédure allait être engagée pour faire reconnaître ses droits.
17. Le 23 août 2012, l'assuré a transmis à l'assureur un certificat d'incapacité de travail totale jusqu'au 31 août 2012 établi par la Dresse D_____. L'assuré a expliqué qu'il

allait rencontrer le Dr I_____ afin d'examiner si une nouvelle intervention chirurgicale était nécessaire. Ces faits ne pouvaient que conforter l'idée que les conclusions des deux experts étaient clairement erronées. Affirmer qu'il pouvait exercer une activité adaptée "comme dans son dernier emploi" était insoutenable. En sa qualité d'assureur perte de gain maladie, il ne pouvait pas se libérer de ses obligations, alors qu'il l'avait assuré pour l'activité professionnelle spécifique de mécanicien de précision. A compter du 1^{er} mai jusqu'au 31 août 2012, c'était donc une créance de CHF 23'673.80 qui lui était due.

18. Par pli du 27 août 2012, l'assureur a indiqué que le contrat d'assurance reposait sur la LCA et qu'il appartenait à l'assuré d'apporter la preuve de son droit aux prestations. Selon les conditions générales du contrat, en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité exigible pouvait aussi relever d'une autre profession que celle exercée habituellement (art. 6). Il était admis que l'activité de mécanicien de précision n'était plus réalisable, mais en revanche une pleine capacité de travail dans une activité adaptée était exigible. Cela étant, si une intervention chirurgicale devait avoir lieu, l'assureur attendait volontiers un rapport du Dr I_____ expliquant les motifs et le but de celle-ci. Les conséquences quant aux obligations contractuelles de l'assureur seraient alors examinées.
19. Le 5 septembre 2012, la Dresse C_____ a indiqué que l'état de santé psychique de l'assuré ne lui permettait pas de travailler, et ce pour une durée indéterminée.
20. Dès le 1^{er} novembre 2012, l'assuré a été hospitalisé au service de neurochirurgie de l'Hôpital universitaire de Genève (ci-après les HUG) où il a subi une intervention chirurgicale.
21. Par rapport du 12 novembre 2012, le Dr I_____ et le professeur J_____, spécialiste FMH en neurochirurgie, ont indiqué que l'assuré avait été hospitalisé du 1^{er} au 12 novembre 2012 en raison d'une lombalgie avec irradiation des douleurs dans un territoire radiculaire L3 et L4. Le diagnostic principal était une maladie du segment adjacent d'une fixation L4-L5 avec sténose canalaire sévère au niveau L3-L4. Il s'agissait d'un patient de 62 ans, connu pour un status post-décompression L4-L5 et fixation semi-rigide en 2007, qui présentait depuis environ une année des lombalgies associées à une claudication neurogène avec des douleurs irradiant dans un territoire radiculaire L4-L5 bilatéralement. L'assuré décrivait également des paresthésies occasionnelles bilatérales des membres inférieurs. Une IRM avait été effectuée mettant en évidence une maladie du segment adjacent à la fixation L4-L5 avec une sténose canalaire L3-L4. Au vu de la concordance radioclinique de l'échec du traitement conservateur, les médecins avaient posé l'indication à une fixation L3-L5. Le 2 novembre 2012, le système semi-rigide en L4-L5 avait été retiré et une fixation semi-rigide L4-S1 avec décompression sélective L3-L4 bilatérale avait été mise en place.
22. Le 28 novembre 2012, la doctoresse K_____, spécialiste en médecine interne générale, a attesté que l'assuré avait séjourné à la clinique de Joli-Mont du 12 au

28 novembre 2012. A sa sortie, l'état de l'assuré justifiait un arrêt de travail à 100% jusqu'au 3 décembre 2012, à réévaluer ensuite par le médecin traitant.

23. Le 17 décembre 2012, la Dresse D_____ a attesté une incapacité de travail du 1^{er} au 31 janvier 2013.
24. Par acte du 23 janvier 2013, le demandeur a déposé une demande en paiement, concluant sous suite de frais et dépens, principalement, au versement par la défenderesse de CHF 54'853.95 avec intérêts à 5% dès la date moyenne du 1^{er} octobre 2012 à titre d'indemnités journalières du 1^{er} mai 2012 au 9 février 2013 et à la réserve de ses prétentions dès le 10 février 2013, subsidiairement, à la mise en œuvre d'une expertise médicale aux frais de la défenderesse.

Le demandeur explique être en incapacité de travail totale depuis le 10 février 2011. Le 2 novembre 2012, il avait subi une intervention chirurgicale avec mise en place d'une fixation semi-rigide dynesis L4-S1, avec décompression sélective L3-L4 bilatérale. Dès le 12 novembre 2012, il avait été transféré à la clinique Joli-Mont et à ce jour il était incapable de reprendre une quelconque activité professionnelle, et a fortiori, son activité antérieure de mécanicien sur machine.

Le demandeur conteste la valeur probante du rapport rendu par les experts, faisant notamment valoir que ceux-ci n'exercent pas en Suisse, que le Dr H_____ est qualifié en psychiatrie pour enfant et adolescent et n'exerce plus aucune activité clinique depuis vingt ans, et que bien que considérant que des examens d'investigations complémentaires étaient souhaitables en présence d'une suspicion de contrainte radiculaire, les experts n'avaient rien entrepris dans ce sens. Leurs conclusions étaient par ailleurs contredites par l'intervention effectuée en novembre 2012. Au jour du dépôt de la demande, le demandeur était toujours en totale incapacité de travail, quelle que soit l'activité envisageable, en raison notamment de ses problèmes lombaires.

Par ailleurs, le demandeur fait valoir que la défenderesse ne s'est pas prononcée sur le type d'activité qu'il pourrait exercer, ni sur le revenu que cette activité générerait, et la décision de mettre fin aux prestations au 30 avril 2012 l'avait mis dans une situation financière particulièrement difficile. Selon la convention collective de travail (ci-après la CCT) applicable dans l'industrie des machines, la couverture en cas de maladie est de 720 jours, même en cas de rupture des rapports de travail avant l'échéance. Le début des prestations remontait au 10 février 2011, de sorte qu'il disposait encore de prestations jusqu'au 9 février 2013. Du 1^{er} mai 2012 au 9 février 2013, c'étaient donc 285 indemnités journalières à CHF 192.47 qui lui étaient dues, soit un total de CHF 54'853.95 avec intérêts à 5% dès le 1^{er} octobre 2012. Enfin, n'ayant pas connaissance de l'intégralité des prestations souscrites par son ancien employeur auprès de la défenderesse, le demandeur réservait ses droits pour la période postérieure au 9 février 2013.

25. Par réponse du 22 mars 2013, la défenderesse a conclu, sous suite de frais et dépens, préalablement, à l'apport de la procédure diligentée par le demandeur à

l'encontre de son ancien employeur et de celle pendante devant l'OAI ainsi qu'à l'audition de l'ancien employeur du demandeur; principalement, au rejet de la demande et subsidiairement, à la suspension de la procédure dans l'attente du résultat de la procédure AI.

La défenderesse a expliqué avoir conclu avec l'employeur la police d'assurance « perte de salaire maladie » n° 1 _____ le 1^{er} janvier 2008, renouvelée le 1^{er} janvier 2011, qu'elle produit avec les "conditions du contrat d'assurance perte de salaire en cas de maladie selon la LCA", édition 1/2007 (ci-après CCA) qui incluent les conditions générales du contrat (ci-après CGC).

La défenderesse a indiqué avoir versé en faveur du demandeur 403 indemnités journalières, soit jusqu'au 30 avril 2012. Le demandeur, en réclamant des prestations pour la période postérieure à cette date, faisait abstraction des conditions liées au contrat. Selon la défenderesse, la couverture d'assurance avait cessé de produire ses effets le 31 décembre 2011, puisque le demandeur avait été licencié le 15 août 2011 pour le 30 novembre 2011 et que selon l'art. 16.2 let. a) des CGC, la couverture d'assurance cesse de produire ses effets à l'expiration du 30^{ème} jour qui suit celui où a pris fin le droit au demi-salaire au moins. Conformément aux instructions fournies par l'employeur, il appartenait au demandeur de passer dans l'assurance individuelle. A défaut d'une telle démarche, la couverture d'assurance avait cessé de produire ses effets après expiration du 30^{ème} jour suivant le 30 novembre 2011, soit le 31 décembre 2011. La demande portant sur des indemnités journalières du 1^{er} mai 2012 au 9 février 2013 devait ainsi être intégralement rejetée.

La demande devait également être rejetée car l'accident du 12 avril 2010 se trouvait être à l'origine de la demande en paiement. Le demandeur avait en effet confirmé que c'était bien son accident au pied qui l'avait contraint à faire porter le poids de son corps du côté droit et partant à aggraver ses problèmes lombaires. Ceux-ci étant consécutifs à l'accident du 12 avril 2010, ils n'étaient par conséquent pas couverts par l'assurance «perte de salaire maladie». En outre, vu les annotations sur la feuille-accident LAA, la défenderesse contestait l'existence d'une incapacité de travail totale dès le 10 février 2011.

La défenderesse a en outre fait valoir que les pièces produites ne permettaient pas de conclure à une incapacité de travail totale au jour de la demande. Elle produit plusieurs pièces émanant de la procédure AI, attestant notamment que l'atteinte psychique n'avait plus de répercussion sur la capacité de travail du demandeur (rapports des 27 mars et 3 mai 2012 de la Dresse D_____). Si la chambre de céans devait considérer que la situation médicale n'était pas suffisamment documentée, la défenderesse estimait qu'il convenait de suspendre la procédure dans l'attente de la procédure AI, actuellement en cours d'instruction. Enfin, il convenait de s'assurer que le demandeur n'avait pas déjà été indemnisé par le versement du salaire pendant son incapacité de travail, puisqu'une procédure aux prud'hommes avait été

engagée par le demandeur contre son ancien employeur, de sorte qu'il convenait de demander l'apport de cette procédure.

26. Le 22 mai 2013, la chambre de céans a entendu les parties. Le demandeur a notamment confirmé être toujours en procédure contre son employeur car il contestait son licenciement et deux audiences étaient programmées pour le mois de juin. Il demandait six mois de salaire et une indemnité pour tort moral de CHF 15'000.-. Il a précisé qu'il ne pouvait demander qu'une pénalité pour un congé abusif. Il n'avait pas sollicité le passage dans l'assurance individuelle et il était assuré en perte de gain pendant 730 jours, même après un licenciement, selon la CCT. Le demandeur a fait remarquer que la défenderesse n'avait jamais invoqué la cessation de la couverture d'assurance trente jours après la fin de son contrat de travail et son employeur ne lui avait pas dit de passer en individuelle pour l'assurance perte de gain maladie. D'ailleurs, en mars 2012 encore, la défenderesse lui avait écrit indiquant qu'à réception des certificats d'arrêts de travail, un nouveau décompte serait rendu. Le demandeur a expliqué avoir subi une intervention en novembre 2012 aux HUG et il n'allait toujours pas très bien. Selon le demandeur, les prestations devaient prendre fin normalement le 9 février 2013. Il restait à déterminer s'il était capable de travailler à 100% dans sa profession, comme le soutenaient les experts, alors qu'il avait dû subir une intervention neurochirurgicale en novembre 2012 et qu'ils ne préconisaient pas une telle intervention. L'OAI allait mettre sur pied une expertise pluridisciplinaire et le demandeur n'avait pas encore reçu le projet de mission d'expertise.

La défenderesse a relevé que le contrat LCA prévoit une fin de couverture trente jours après la fin du contrat de travail. Par ailleurs, dans le courrier de licenciement, il était indiqué que la couverture accident prenait fin un mois après le 30 novembre 2011. Elle reconnaissait n'avoir jamais invoqué la fin de la couverture d'assurance avant la présente procédure.

27. Par écriture du 5 juin 2013, la défenderesse a persisté dans ses conclusions et a invoqué un fait nouveau : le demandeur avait officié en qualité de président de la juridiction des prud'hommes par le passé, alors qu'il alléguait dans sa demande être en incapacité de travail totale depuis le 10 février 2011. Il importait dès lors que le demandeur produise les dates auxquelles il avait siégé et le montant des indemnités touchées.
28. Par écriture du 19 juin 2013, le demandeur a précisé notamment n'avoir jamais été informé, ni par son employeur, ni par la défenderesse, d'une limitation en cas de cessation des relations de travail. La question à régler était celle de savoir si cette incapacité de travail avait bien perduré du 1^{er} mai 2012 au 9 février 2013, ce qui était établi par les pièces de la procédure.
29. Par pli du 4 juillet 2013, le demandeur a indiqué les dates auxquelles il avait siégé en tant que juge entre le 10 février 2011 et le 24 janvier 2013, soit à 21 reprises, le soir. Il s'agissait d'une activité n'impliquant aucun effort physique, effectuée sur

suggestion de ses médecins, qui avaient considéré qu'il était impératif qu'il ne reste pas enfermé chez lui. Cette activité ne pouvait être considérée comme un travail, elle était accessoire, voire même dérisoire. Selon l'attestation pour l'année 2012 qu'il produisait, il avait à peine reçu CHF 350.- par mois.

30. Par écriture du 2 août 2013, la défenderesse a rappelé que le demandeur n'était plus au bénéfice d'une couverture d'assurance dès le 30^{ème} jour suivant la résiliation de son contrat de travail. Par ailleurs, entre le 21 mars 2012 et le 24 janvier 2013, le demandeur n'était pas en incapacité de travail totale, puisqu'il avait siégé à 21 reprises en tant que président-salarié du groupe 1. Il était en outre également conseiller municipal de la commune de L_____ de 2008 à 2011 et avait même siégé le 15 février 2011. Le demandeur avait donc sciemment dissimulé le fait qu'il disposait toujours d'une capacité de travail, à tout le moins entre le 21 mars 2012 et le 24 janvier 2013 et qu'il exerçait régulièrement la fonction de président auprès du tribunal des prud'hommes, respectivement de conseiller municipal auprès de la commune de L_____ jusqu'en mars 2011. Le demandeur avait donc requis le versement de prestations qui ne lui étaient pas dues, de sorte que les conditions de l'art. 40 LCA étaient remplies. La défenderesse se réservait le droit de requérir le remboursement des montants versés indûment. L'exercice de ces activités attestait l'absence d'une incapacité de travail dès 2011 et corroborait ainsi les conclusions rendues par les experts.
31. Par écriture du 9 septembre 2013, le demandeur fait remarquer qu'à suivre la défenderesse, les prestations auraient dû prendre fin au 30 décembre 2011. Or, elles avaient été versées jusqu'au 30 avril 2012. Le 27 août 2012 encore, la défenderesse indiquait être prête à examiner ses obligations si une intervention chirurgicale devait avoir lieu. Par ailleurs, le demandeur a rappelé être totalement incapable de travailler pour cause de maladie depuis le 10 février 2011. Le fait de participer durant un temps limité le soir à des audiences ne constituait pas l'expression d'une capacité de travail. Ses problèmes de santé ne l'empêchaient pas de lire des documents, de parler ou de rester assis et il convenait d'entendre, à cet égard, les Drs D_____, C_____ et I_____. Les arguments de la défenderesse révélaient sa volonté de tenter d'échapper à ses obligations par n'importe quel procédé. Il était établi que le demandeur avait été opéré en novembre 2012, ce qui attestait d'une aggravation de son état de santé, étant rappelé que les indemnités journalières réclamées étaient celles du 1^{er} mai 2012 au 9 février 2013.
32. Le 27 mars 2014, la chambre de céans a ordonné l'apport du dossier AI concernant le demandeur.
33. Par écriture du 1^{er} mai 2014, le demandeur a persisté dans ses conclusions en paiement de CHF 54'853.95 avec intérêts à 5% dès le 1^{er} octobre 2012 à titre d'indemnités journalières du 1^{er} mai 2012 au 9 février 2013. Il a relevé notamment que l'OAI n'avait pas encore diligenté d'expertise, que les experts mandatés par la défenderesse avaient conclu, sans disposer des IRM lombaires, à une capacité de

travail entière dans une activité adaptée, alors qu'une intervention chirurgicale s'était finalement révélée nécessaire.

34. Par écriture du 2 mai 2014, la défenderesse a également persisté dans ses conclusions. Elle fait valoir qu'elle s'était conformée à ses obligations en versant des indemnités journalières pour une prétendue incapacité de travail dès le 10 février 2011 jusqu'au 30 avril 2012, alors que le demandeur disposait d'une capacité de travail en tant que président auprès du tribunal des prud'hommes et conseiller municipal, activités volontairement dissimulées par le demandeur, de sorte qu'il devait être débouté de ses conclusions.
35. Après avoir adressé une copie de cette écriture au demandeur, la chambre de céans a gardé la cause à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 7 du Code de procédure civile suisse du 19 décembre 2008 (CPC; RS 272) et à l'art. 134 al. 1 let. c de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur depuis le 1er janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît 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 ; RS 832.10), relevant de la LCA.

En l'occurrence, selon la police d'assurance n° 1_____ conclue entre la défenderesse et l'employeur, le contrat d'assurance est soumis à la LCA. Cela n'est pas contesté par les parties.

La compétence de la chambre de céans à raison de la matière pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. L'art. 46a LCA prescrit que le for se définit selon la loi du 24 mars 2000 sur les fors qui a été abrogée au 1^{er} janvier 2011 par l'entrée en vigueur du CPC. L'art. 17 CPC consacre la possibilité d'une élection de for écrite. Selon l'art. 27 let. a CGC, pour tout litige découlant du présent contrat, le preneur d'assurance ou l'ayant droit aux prestations peut choisir comme for le domicile ou le siège social, en Suisse ou en Liechtenstein, à l'exclusion de tout pays étranger, du preneur d'assurance ou de l'ayant droit.

En l'espèce, dans la mesure où le demandeur est domicilié dans le canton de Genève, la chambre de céans est compétente à raison du lieu.

3. A raison de la forme, la demande, qui comporte notamment un exposé des faits et des conclusions, respecte les conditions légales (art. 130 et 244 CPC).
4. Les litiges relatifs aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie ne sont pas soumis à la procédure de conciliation préalable de l'art. 197 CPC lorsque les cantons ont prévu une instance cantonale unique selon l'art. 7 CPC (ATF 138 III

558 consid. 4.5 et 4.6; ATAS/577/2011 du 31 mai 2011), étant précisé que le législateur genevois a fait usage de cette possibilité (art. 134 al. 1 let. c LOJ).

5. L'objet du litige porte sur le droit du demandeur à une indemnité journalière à compter du 1^{er} mai 2012.
6. Il convient tout d'abord d'examiner si le droit aux prestations a pris fin le 31 décembre 2011, soit trente jours après la fin du contrat de travail du demandeur, comme l'invoque la défenderesse.
7. a. Dans une assurance collective d'indemnités journalières selon la LCA, le droit aux prestations ne dépend pas d'une affiliation, contrairement à l'assurance collective d'indemnités journalières selon les art. 67 ss LAMal (cf. ATF 125 V 106 consid. 3). Si le sinistre survient 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. 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 (ATF 127 III 106 consid. 3b).
b. En l'espèce, s'agissant de la durée des prestations, l'art. 8.6 let. b) CCA prévoit que la défenderesse paie l'indemnité journalière pendant au maximum 720 jours sur une période de 900 consécutifs à compter du jour de la maladie. L'indemnité journalière n'est pas versée pour plus de 720 jours pour le même cas de maladie (...). Selon l'art. 8.6 let. h) CCA, lors de cas d'assurance qui ne sont pas encore réglés à l'extinction de la couverture d'assurance, la défenderesse continue de servir ses prestations contractuelles au-delà de la date d'extinction (prestation après extinction). Cette prestation après extinction cesse notamment en cas de changement d'emploi et de passage dans l'assurance de l'indemnité journalière du nouvel employeur.

S'agissant de la couverture d'assurance, l'art. 16.2 let. a) CGC prévoit qu'elle cesse de produire ses effets à l'expiration du 30^{ème} jour qui suit celui où a pris fin le droit au demi-salaire au moins (ceci est aussi valable en cas d'interruptions du travail au cours desquelles il n'existe pas de droit au salaire). Si les assurés recommencent à travailler avant ce délai, la couverture d'assurance cesse déjà au moment où ils occupent leur nouvel emploi.

c. La chambre de céans constate que l'art. 16.2 let. a) CGC - que la défenderesse invoque dans la présente procédure - ne traite nullement d'une limitation du droit aux prestations au-delà de la période de couverture pour un sinistre survenu pendant la période de couverture, mais exclusivement de la fin de la couverture d'assurance. Qui plus est, le contrat conclu entre la défenderesse et l'employeur ne contient

aucune clause particulière limitant ou supprimant le droit aux prestations après la fin de la période de couverture; bien au contraire puisqu'il prévoit la continuation du versement des prestations au-delà de l'extinction du rapport d'assurance, ce que la défenderesse désigne expressément comme "prestation après extinction" (art. 8.6 let. h) CCA). La défenderesse l'a d'ailleurs reconnu par actes concluants en allouant ses prestations au demandeur postérieurement au 31 décembre 2011, étant donné que son incapacité de travail s'est prolongée au-delà de la fin du contrat de travail le 30 novembre 2011 et qu'il n'est pas passé dans l'assurance indemnités journalières d'un nouvel employeur.

Partant, contrairement à ce que fait valoir la défenderesse, le droit du demandeur aux indemnités journalières n'a pas pris fin à la date d'extinction de sa couverture d'assurance.

8. Il convient dès lors d'examiner si le demandeur a droit au versement d'indemnités journalières pour la période postérieure au 30 avril 2012.
9. a. La LCA ne comporte pas de dispositions particulières à l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie ou d'accident, de sorte qu'en principe, le droit aux prestations se détermine exclusivement d'après la convention des parties (ATF 133 III 185 consid. 2).

Selon la police d'assurance n°1_____, l'assuré a droit au versement d'une indemnité journalière s'élevant à 80% du gain du 61^{ème} au 780^{ème} jour en cas de maladie. Selon l'art. 2 a) CCA, par maladie, au sens de l'assurance, il faut entendre toute atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen ou un traitement médical ou provoque une incapacité de travail. A teneur de l'art. 6 CCA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession. Selon l'art. 8 a) CCA, la défenderesse paie le pourcentage convenu du gain assuré pendant la durée d'incapacité de travail attestée par le médecin, mais au plus tôt après l'expiration du délai d'attente indiqué dans la police

La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b).

b. L'art. 61 LCA dispose que lors du sinistre, l'ayant droit est obligé de faire tout ce qui est possible pour restreindre le dommage; s'il n'y a pas péril en la demeure, il doit requérir les instructions de l'assureur sur les mesures à prendre et s'y conformer (al.1); si l'ayant droit contrevient à cette obligation d'une manière inexcusable, l'assureur peut réduire l'indemnité au montant auquel elle serait ramenée si l'obligation avait été remplie (al. 2).

Il a été jugé que l'art. 61 LCA, bien qu'il figure parmi les dispositions spéciales relatives à l'assurance contre les dommages, exprime un principe général du droit des assurances, qui s'applique également à l'assurance des personnes et aux assurances de sommes, notamment à l'assurance d'indemnités journalières (ATF 133 III 524 consid. 3.2.1; ATF 128 III 34 consid. 3b; arrêt du Tribunal fédéral 5C.18/2006 du 18 octobre 2006 consid. 7.1 publié in SJ 2007 I p. 238). L'obligation de réduire le dommage découlant de l'art. 61 LCA peut impliquer, dans le domaine de l'assurance des indemnités journalières, l'obligation pour l'assuré de changer d'activité professionnelle, si cela peut raisonnablement être exigé de lui (ATF 133 III 524 consid. 3.2.1 et les arrêts cités). L'assureur qui entend faire application de l'art. 61 al. 2 LCA doit inviter l'assuré à changer d'activité et lui impartir pour cela un délai d'adaptation approprié pour s'accommoder aux nouvelles conditions ainsi que pour trouver un emploi; en règle générale, un délai de trois à cinq mois doit être considéré comme adéquat (ATF 133 III 524 consid. 3.2.1 et les arrêts cités).

Le Tribunal fédéral a encore précisé que l'art. 61 al. 2 LCA ne permet pas à l'assureur de réduire ses prestations dans la perspective d'un changement d'activité purement théorique, qui n'est concrètement pas réalisable. Il y a lieu de procéder à une analyse concrète de la situation et se demander, en fonction de l'âge de l'assuré et de l'état du marché du travail, quelles sont ses chances réelles de trouver un emploi qui tient compte de ses limitations fonctionnelles. Il faut également examiner en fonction de la formation, de l'expérience et de l'âge de l'assuré, si un tel changement d'activité peut réellement être exigé de lui. La réduction de l'indemnité est en outre exclue s'il n'est en réalité pas possible de réduire le dommage par un changement d'activité professionnelle, une personne raisonnable - non couverte par une assurance - placée dans la même situation n'envisageant à l'évidence pas de changer d'activité dans ces conditions. Il faut que cette nouvelle activité permette effectivement à l'assuré de réaliser un revenu supérieur à celui qu'il peut encore obtenir en conservant son emploi. Une réduction de l'indemnité journalière au sens de l'art. 61 al. 2 LCA ne peut donc être admise lorsqu'elle se fonde exclusivement sur les conclusions d'une analyse médico-théorique (arrêt du Tribunal fédéral 4A_529/2012 du 31 janvier 2013 consid. 2.4; arrêt du Tribunal fédéral 4A_304/2012 du 14 novembre 2012 consid. 2.4).

Le Tribunal fédéral a par ailleurs rappelé qu'il incombe à l'assureur, qui n'entend pas indemniser la totalité du dommage subi par l'assuré, de prouver que celui-ci a violé son devoir de réduire le dommage, conformément à l'art. 8 du Code civil suisse du 10 décembre 1907 (CC ; RS 210). Il appartient ainsi à l'assureur de démontrer que les mesures tendant à diminuer le dommage, qui n'ont pas été prises par l'assuré, pouvaient raisonnablement être exigées de celui-ci (arrêt du Tribunal fédéral 4A_304/2012 du 14 novembre 2012 consid. 2.3).

10. La procédure simplifiée s'applique aux litiges portant sur des assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de la LAMal (art. 243 al. 2 let. f CPC) et la Cour établit les faits d'office (art. 247 al. 2 let. a CPC). La

jurisprudence applicable avant l'introduction du CPC, prévoyant l'application de la maxime inquisitoire sociale aux litiges relevant de l'assurance-maladie complémentaire, reste pleinement valable (ATF 127 III 421 consid. 2). Selon cette maxime, le juge doit établir d'office les faits, mais les parties sont tenues de lui présenter toutes les pièces nécessaires à l'appréciation du litige. Ce principe n'est pas une maxime officielle absolue, mais une maxime inquisitoire sociale. Le juge ne doit pas instruire d'office le litige lorsqu'une partie renonce à expliquer sa position. En revanche, il doit interroger les parties et les informer de leur devoir de collaboration et de production des pièces; il est tenu de s'assurer que les allégations et offres de preuves sont complètes uniquement lorsqu'il a des motifs objectifs d'éprouver des doutes sur ce point. L'initiative du juge ne va pas au-delà de l'invitation faite aux parties de mentionner leurs moyens de preuve et de les présenter. La maxime inquisitoire sociale ne permet pas d'étendre à bien plaire l'administration des preuves et de recueillir toutes les preuves possibles (ATF 125 III 231 consid. 4a).

La maxime inquisitoire sociale ne modifie pas la répartition du fardeau de la preuve (ATF non publié 4C.185/2003 du 14 octobre 2003, consid. 2.1). Pour toutes les prétentions fondées sur le droit civil fédéral, l'art. 8 CC, en l'absence de règles contraires, répartit le fardeau de la preuve et détermine, sur cette base, laquelle des parties doit assumer les conséquences de l'échec de la preuve (ATF 133 III 323 consid. 4.1 non publié; arrêt du Tribunal fédéral 4A_491/2008 du 4 février 2009 consid. 3.1). En tant que règle sur le fardeau de la preuve, elle ne s'applique que si le juge, à l'issue de l'appréciation des preuves, ne parvient pas à se forger une conviction dans un sens positif ou négatif (ATF 132 III 626 consid. 3.4; ATF 128 III 271 consid. 2b/aa). Ainsi, lorsque l'appréciation des preuves le convainc de la réalité ou de l'inexistence d'un fait, la question de la répartition du fardeau de la preuve ne se pose plus (ATF 128 III 271 consid. 2b/aa).

11. Selon l'art. 8 CC, le demandeur doit prouver les faits qui fondent sa prétention, tandis que sa partie adverse doit prouver les faits qui entraînent l'extinction ou la perte du droit (ATF 130 III 321 consid. 3.1). Ces principes, qui sont également applicables dans le domaine du contrat d'assurance, impliquent qu'il incombe à l'ayant droit d'alléguer et de prouver notamment la survenance du sinistre (ATF 130 III 321 consid. 3.1; arrêt du Tribunal fédéral 5C.180/1997 du 8 septembre 1997 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral 5C.240/1995 du 1er avril 1996 consid. 2a). Cette preuve étant par nature difficile à apporter, l'exigence de preuve est réduite et il suffit que l'ayant droit établisse une vraisemblance prépondérante (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; arrêt du Tribunal fédéral 5C.240/1995 déjà cité consid. 2a).

Le juge enfreint l'art. 8 CC s'il tient pour exactes les allégations non prouvées d'une partie, nonobstant leur contestation par l'autre (ATF 130 III 591 consid. 5.4; ATF 114 II 289 consid. 2a). En revanche, l'art. 8 CC ne régit pas l'appréciation des preuves, de sorte qu'il ne prescrit pas quelles sont les mesures probatoires qui doivent être ordonnées (ATF 127 III 519 consid. 2a), ni ne dicte au juge comment

forger sa conviction (ATF 128 III 22 consid. 2d; ATF 127 III 248 consid. 3a et 519 consid. 2a). Cette disposition n'exclut pas non plus que le juge puisse, sur la base d'une appréciation anticipée des preuves déjà disponibles, refuser l'administration d'une preuve supplémentaire au motif qu'il la tient pour impropre à modifier sa conviction (ATF 131 III 222 consid. 4.3; ATF 129 III 18 consid. 2.6; arrêt du Tribunal fédéral 4A_5/2011 du 24 mars 2011 consid. 3.1).

12. Enfin, le principe de la libre appréciation des preuves s'applique lorsqu'il s'agit de se prononcer sur des prestations en matière d'assurance sociale. Rien ne justifie de ne pas s'y référer également lorsque, comme en l'espèce, une prétention découlant d'une assurance complémentaire à l'assurance sociale est en jeu. Selon ce principe, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, 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 que sur une autre (ATF 125 V 351 consid. 3a; arrêt du Tribunal fédéral 4A_412/2010 du 27 septembre 2010 consid. 3.1).
13. En l'occurrence, il résulte des pièces versées à la procédure qu'à compter du 10 février 2011, le demandeur a été en incapacité de travail totale dans son activité de mécanicien de précision en raison d'un état dépressif et de lombalgies récidivantes (rapports de la Dresse C_____ du 3 mai 2011 et de la Dresse D_____ des 5 mai et 23 août 2011) et qu'en raison de cette incapacité de travail, la défenderesse lui a versé des indemnités perte de gain de CHF 192.47 par jour.

A la demande de la défenderesse, le demandeur a été soumis à une expertise effectuée par les Drs G_____ et H_____. Par rapport du 13 janvier 2012, les médecins ont diagnostiqué des lombo-sciatalgies bilatérales sur canal lombaire étroit probablement à l'étage L4-L5 et un status post-chirurgie décompressive au niveau L4-L5 avec une fixation lombaire semi-rigide. Selon les experts, ces atteintes entraînaient des limitations fonctionnelles, soit la marche prolongée, le port de charges légères (jusqu'à 10 kg occasionnellement et/ou moins de 5 kg souvent), la position en porte-à-faux lombaire et la conduite d'engins vibrants, de sorte que l'incapacité de travail du demandeur dans son activité habituelle était totale, de manière définitive. Les experts ont par ailleurs estimé que dans une activité adaptée, le demandeur avait une capacité de travail totale dès le 9 novembre 2011.

En se référant à ce rapport d'expertise, la défenderesse a, par courrier du 23 janvier 2012, reconnu que l'exercice de l'activité habituelle n'était plus exigible de la part du demandeur en raison de ses atteintes somatiques. Il lui incombait par contre de mettre en valeur sa pleine capacité de travail dans une activité adaptée à son état de santé, raison pour laquelle la défenderesse lui octroyait un délai au 30 avril 2012 pour chercher un emploi.

Dans le cadre de cette procédure, le demandeur fait valoir que ses atteintes ne lui permettaient pas d'exercer une activité adaptée à plein temps à compter du 9 novembre 2011. Il conteste la valeur probante du rapport d'expertise en tant qu'il retient une pleine capacité de travail résiduelle et le demandeur relève plusieurs griefs à l'encontre des experts.

La chambre de céans est d'avis que la question de savoir si les arguments invoqués par le demandeur à l'encontre du rapport d'expertise sont fondés, peut rester ouverte au vu de la jurisprudence précitée. En effet, force est de constater que les experts se sont limités à affirmer que le demandeur a une capacité de travail totale dans une activité adaptée, sans donner aucune indication sur ses chances concrètes de pouvoir exercer une telle activité, et sans indiquer quelle activité serait envisageable. La défenderesse s'est, quant à elle, exclusivement fondée sur cette appréciation médico-théorique pour justifier la suspension pure et simple du versement de l'indemnité journalière, ce qui n'est en l'occurrence pas admissible, dès lors que l'art. 61 al. 2 LCA ne permet pas à l'assureur de réduire ses prestations en invoquant la perspective d'un changement d'activité purement théorique qui n'est concrètement pas réalisable. En s'abstenant de procéder à une analyse concrète de la situation, compte tenu notamment de l'âge du demandeur, de l'état du marché du travail, de sa formation et de son expérience, la défenderesse n'a démontré ni les chances réelles qu'avait le demandeur de trouver un emploi tenant compte de ses limitations fonctionnelles, ni qu'un tel changement d'activité pouvait réellement être exigé de lui. Il lui incombait également, conformément à l'art. 8 CC, d'évaluer si le demandeur subissait, dans les éventuelles activités encore raisonnablement exigibles de sa part, une perte de gain et, partant, s'il subsistait un dommage résiduel dont elle devait répondre en vertu de ses conditions générales.

Compte tenu de ce qui précède, en l'absence d'une analyse concrète de la situation du demandeur, force est d'admettre que la défenderesse n'était pas en droit de mettre fin au versement des indemnités journalières au 30 avril 2012. Au demeurant, il apparaît qu'un changement d'activité ne pouvait être concrètement exigé du demandeur à cette date-là. En effet, on ne saurait retenir que le demandeur avait alors des chances réelles de trouver un emploi, vu ses limitations fonctionnelles et son âge avancé (62 ans). De surcroît, son état de santé n'était alors pas encore stabilisé puisqu'une intervention chirurgicale s'est révélée nécessaire, entraînant une hospitalisation du 1^{er} au 12 novembre 2012 suivie d'une réadaptation jusqu'au 28 novembre 2012. Pour ces motifs également, la défenderesse ne pouvait mettre fin au versement de ses prestations.

La défenderesse fait valoir que l'incapacité de travail débutée le 10 février 2011 serait due à l'accident survenu le 12 avril 2010 qui a entraîné une double fracture du pied, de sorte que la demande en paiement des indemnités perte de gain maladie devrait être rejetée. La chambre de céans constate cependant qu'aucun rapport médical versé à la procédure ne fait état d'un lien de causalité entre les lombalgies, le trouble psychique et l'accident survenu le 12 avril 2010. Au contraire, les experts

que la défenderesse a mandatés ont mentionné la fracture du pied en tant qu'antécédent "sans rapport direct avec la suite" (rapport du 13 janvier 2012, p. 11). Par ailleurs, cet événement a cessé d'influencer la capacité de travail du demandeur dès le 4 mars 2011 (feuille-accident LAA, pièce 1 chargé demandeur).

La défenderesse fait encore valoir que dans la mesure où le demandeur a exercé en tant que président auprès du Tribunal des prud'hommes et en tant que conseiller municipal, sa demande en paiement devrait être rejetée au motif que le demandeur n'était pas en incapacité de travail totale. La chambre de céans rappellera que l'assurance perte de gain maladie souscrite par l'employeur auprès de la défenderesse, oblige celle-ci à couvrir l'inaptitude du demandeur à accomplir son travail dans sa profession de mécanicien de précision. Or, cette inaptitude, qui a été constatée par expertise des Drs G_____ et H_____, ne saurait être mise en doute par le simple fait que le demandeur a poursuivi ses activités accessoires en tant que président auprès du Tribunal des prud'hommes ou conseiller municipal, puisque l'exercice occasionnel de ces activités n'était de toute évidence pas entravé par les limitations fonctionnelles énumérées par les experts.

Compte tenu de ce qui précède, force est de constater que la défenderesse a mis fin au versement de ses prestations en violation de l'art. 61 al 2 LCA. Etant donné que l'incapacité de travail totale définitive du demandeur dans son activité habituelle est établie au regard de l'expertise des Drs G_____ et H_____, ce que la défenderesse a d'ailleurs relevé dans ses courriers des 23 janvier, 25 avril et 27 août 2012, le demandeur a droit à la totalité des prestations assurées, soit 720 indemnités journalières.

On précisera que la conclusion de la défenderesse tendant à l'apport de la procédure diligentée par le demandeur à l'encontre de son employeur et à l'audition de celui-ci, afin de déterminer si le demandeur a déjà été indemnisé pendant son incapacité de travail, doit être rejetée. En effet, le contrat d'assurance prévoit que lorsque la personne assurée ou l'ayant droit a également le droit à des prestations d'assurances sociales (p. ex. les assurances fédérales vieillesse, invalidité, maladie, accidents, chômage ou militaire), de la prévoyance professionnelle (obligatoire ou surobligatoire), d'un autre assureur dommages ou d'un tiers responsable, alors la défenderesse complète ces prestations de tiers à concurrence de la perte de gain effective de l'assuré, et au maximum de l'indemnité journalière convenue (l'art. 8.2 let. c) CCA). Dès lors que le versement d'une indemnisation par l'employeur n'est pas visé par cet article, il n'y a pas lieu de requérir l'apport de la procédure diligentée par le demandeur à l'encontre de son employeur.

En l'occurrence, l'incapacité de travail ayant débuté le 10 février 2011, il s'ensuit que le droit aux prestations a débuté le 11 avril 2011, soit après un délai d'attente de soixante jours. La défenderesse a versé des prestations jusqu'au 30 avril 2012, ce qui correspond à 386 indemnités journalières (du 11 avril 2011 au 30 avril 2012), de sorte que c'est un solde de 334 indemnités journalières qui resterait dû (720 – 386).

La défenderesse allègue, quant à elle, avoir versé 403 indemnités journalières à CHF 192.47, de sorte qu'il resterait 317 indemnités journalières à payer (720 – 403).

Quoi qu'il en soit, dans la mesure où le demandeur conclut uniquement au versement de 285 indemnités journalières à CHF 192.47, et que la chambre de céans ne saurait statuer *ultra petita* (art. 58 al. 1 CPC), il s'ensuit que la défenderesse sera condamnée à verser au demandeur la somme de CHF 54'853.95 (285 x 192.47).

14. Le demandeur réclame également le paiement d'intérêts moratoires à 5% dès le 1er octobre 2012, date moyenne.

Ni les CGC, ni les CCA ne stipulent de terme de paiement pour les indemnités journalières. On doit dès lors admettre que la créance est exigible quatre semaines après réception des renseignements nécessaires conformément à l'art. 41 LCA (cf. dans un cas similaire arrêt du Tribunal fédéral 5C.177/2005 du 25 février 2006 consid. 6.2).

Les conséquences de l'exigibilité des prestations se déterminent d'après le droit des obligations, par renvoi de l'art. 100 LCA (Olivier CARRÉ, Loi fédérale sur le contrat d'assurance, Lausanne 2000, p. 301). Selon l'art. 102 du code des obligations (CO ; RS 220), le débiteur d'une obligation exigible est mis en demeure par l'interpellation du créancier (al. 1). Lorsque le jour de l'exécution a été déterminé d'un commun accord, ou fixé par l'une des parties en vertu d'un droit à elle réservé et au moyen d'un avertissement régulier, le débiteur est mis en demeure par la seule expiration de ce jour (al. 2). L'écoulement du délai de quatre semaines prévu à l'art. 41 LCA ne suffit pas à considérer que le jour d'exécution est expiré. En effet, l'art. 102 al. 2 CO exige une convention entre les parties afin de fixer le jour de l'exécution, alors que le délai de quatre semaines repose sur la loi. De plus, le terme de l'obligation ne peut être déterminé avec précision puisqu'on ne peut savoir à l'avance quand ce délai de quatre semaines commence à courir, le point de savoir si l'assureur dispose de tous les documents étant sujet à interprétation. Ainsi, la doctrine majoritaire considère qu'une interpellation est nécessaire pour que l'assureur soit en demeure (Jürg NEF, Basler Kommentar, Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag [VVG], 2001, n. 20 ad art. 41). Une interpellation est une déclaration, expresse ou par acte concludant, adressée par le créancier au débiteur par laquelle le premier fait comprendre au second qu'il réclame l'exécution de la prestation due (Luc THÉVENOZ, Commentaire romand, Code des obligations I, 2ème éd. 2012, n. 17 ad art. 102). Si la prestation est pécuniaire, le montant doit en principe être chiffré (ATF 129 III 535). L'intérêt moratoire – de 5% l'an (art. 104 al. 1 CO) – est dû à partir du jour suivant celui où le débiteur a reçu l'interpellation (ATF 103 II 102 consid. 2 a) ou, en cas d'ouverture d'une action en justice, dès le lendemain du jour où la demande en justice a été notifiée

15. En l'occurrence, c'est en date du 16 janvier 2012 que la défenderesse a reçu copie de l'expertise des Drs G_____ et H_____ déclarant le demandeur définitivement incapable d'exercer son activité habituelle. Par courrier du 7 juin 2012, le demandeur a contesté la fin du versement des indemnités journalières et par courrier du 23 août 2012, le demandeur a adressé à la défenderesse un certificat d'incapacité de travail totale et a chiffré le montant des indemnités journalières dues du 1er mai au 31 août 2012.

En conséquence, c'est par le courrier du 23 août 2012 que la défenderesse a été valablement interpellée, de sorte que les intérêts moratoires sont dus dès le 24 août 2012. Étant donné toutefois que le demandeur ne réclame le versement d'intérêts moratoires qu'à compter du 1er octobre 2012 au plus tôt et que la chambre de céans ne saurait statuer *ultra petita*, les intérêts moratoires de 5% sur la somme de CHF 54'853.95 ne seront dus qu'à partir du 1er octobre 2012.

16. Par conséquent, la défenderesse sera condamnée à payer au demandeur la somme de CHF 54'853.95 avec intérêts moratoires à 5% l'an à compter du 1^{er} octobre 2012.

17. Les cantons sont compétents pour fixer le tarif des frais comprenant les dépens (art. 96 CPC en relation avec l'art. 95 al. 3 let. b). A Genève, le règlement fixant le tarif des frais en matière civile du 22 décembre 2010 (RTFMC ; E 1 05.10) détermine notamment le tarif des dépens, applicable aux affaires civiles contentieuses (art. 1 RTFMC).

Le demandeur, représenté par un conseil, obtenant gain de cause, la défenderesse est condamnée à lui verser une indemnité de CHF 7'500.- à titre de dépens, TVA et débours inclus au vu de la valeur litigieuse au-delà de CHF 40'000.- et jusqu'à CHF 80'000.- (art. 106 al. 1 CPC; art. 20 à 26 de la loi d'application du code civil et d'autres lois fédérales en matière civile du 11 octobre 2012 [LaCC ; E 1 05]; art. 84 et 85 du RTFMC).

18. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 114 let. e CPC).

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare la demande recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Condamne la défenderesse à payer au demandeur la somme de CHF 54'853.95 avec intérêts moratoires à 5% l'an à compter du 1er octobre 2012.
4. Condamne la défenderesse à verser au demandeur la somme de CHF 7'500.- à titre de participation à ses frais et dépens.
5. Déboute les parties de toutes autres ou contraires conclusions.
6. Dit que la procédure est gratuite.
7. Conformément aux art. 72 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110), le présent arrêt peut être porté dans les trente jours qui suivent sa notification avec expédition complète (art. 100 al. 1 LTF) par devant le Tribunal fédéral par la voie du recours en matière civile (Tribunal fédéral suisse, avenue du Tribunal fédéral 29, 1000 Lausanne 14), sans égard à sa valeur litigieuse (art. 74 al. 2 let. b LTF). Le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoqués comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDÉ

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers (FINMA) par le greffe le