RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4113/2005 **ATAS/783/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 1

du 22 août 2006

En la cause

Monsieur Z_____, domicilié GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître MAUGUE Eric	demandeur
contre	
WINTERTHUR ASSURANCES SUR LA VIE, sise General-Guisan-Str. 40, 8401 WINTERTHUR, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître BERGMANN Michel	défenderesse

---

Siégeant : Mr Stéphane GRODECKI, Président,
Mmes Karine STECK et Juliana BALDE, Juges

EN FAIT

1. Monsieur Z_____T (ci-après l'assuré ou le demandeur), né en 1964, est jardinier-paysagiste. De 2001 à 2005, à tout le moins, il a travaillé auprès de la société X_____ SA. A ce titre, il était assuré par son employeur en matière d'indemnités journalières en cas de maladie auprès de la WINTERTHUR SOCIETE SUISSE D'ASSURANCES (ci-après la défenderesse), dans le cadre d'une assurance-maladie collective de droit privé.

2. En 1993, il a fait une chute accidentelle sur son lieu de travail ayant entraîné des lombalgies basses et une incapacité de travail de courte durée.

3. Le 11 septembre 1996, l'assuré a fait une chute de 4 mètres avec impact sur le dos puis sur la région occipitale. Suite à des plaintes au sujet d'une sensation de vertige et d'une vibration analogue à un tremblement rapide de l'extrémité céphalique, il a été examiné par le Dr A_____, neurologue FMH. Ce dernier a conclu à la présence d'un syndrome lombaire avec discrète irradiation radiculaire au membre inférieur droit, ainsi que d'un nystagmus au regard latéral un peu plus marqué à gauche et inépuisable.

4. Le 6 mars 1997, l'assuré a derechef consulté ce neurologue, qui a conclu à une lente amélioration des vertiges liés au mouvement, à la disparition du syndrome radiculaire au membre inférieur et à la persistance de la "vibration" de l'extrémité céphalique.

5. Le 27 mars 2001, l'assuré a une nouvelle fois chuté sur son lieu de travail. Une contusion/distorsion vertébrale a été constatée et une incapacité de travail de six semaines prescrite.

6. De mai 2001 à septembre 2001, l'assuré s'est rendu en Macédonie, alors en guerre, afin de mettre sa famille en sécurité. Ses fiches de salaire indiquent ses heures d'absence. Il n'a ainsi, notamment, reçu aucun salaire durant les mois de juillet et août 2001. Il était en effet resté bloqué durant deux mois entre deux fronts, où il aurait subi des bombardements et vu des atrocités.

7. Le 14 janvier 2002, l'assuré a été victime d'une nouvelle chute sur son lieu de travail entraînant une contusion de la colonne lombaire et une incapacité de travail de six semaines.

8. En date du 24 juillet 2002, l'assuré a glissé en se rendant à la pêche et a dégringolé un talus sur environ 12 mètres. Un contusion/distorsion de la région dorsolombaire, sans lésion osseuse traumatique objective a été diagnostiquée. L'incapacité de travail a duré dix semaines.

9. Le 24 juin 2004, l'assuré a glissé durant ses occupations professionnelles et a fait une chute en arrière. Suite à l'apparition de douleurs marquées, il a consulté son médecin traitant. Un diagnostique probable de contusion du bassin et de distorsion sacro-iliaque droit a été posé, entraînant une incapacité de travail totale.

10. L'assuré a alors été indemnisé par la WINTERTHUR, au titre de l'assurance accident. Cette dernière a toutefois confié un mandat d'expertise au Dr B_____, chirurgien orthopédique, afin de déterminer si les troubles invoqués par l'assuré découlaient de l'événement accidentel du 24 juin 2004.

11. Le 18 janvier 2005, l'expert a diagnostiqué un status 6 1/2 mois après contusion/distorsion lombaire ainsi que des discopathies lombaires étagées, débutantes aux niveaux L 3-4 et L 4-5, modérée à sévère en L5-S1. Il a toutefois constaté qu'une relation de causalité naturelle entre les plaintes/troubles constatés et l'événement du 24 juin 2004 était tout au plus du domaine du possible, voire même exclue. Il a en outre relevé que la discopathie L5-S1 avec arthrose interapophysaire postérieure L4-5 et L5-S1, paraissait physiologique compte tenu de l'âge du patient et de l'activité exercée. En l'absence d'une lésion anatomique macroscopique significative, au sens d'une aggravation (ou création d'une lésion) déterminante, relative à l'événement du 24 juin 2004 (mais aussi à chacun des événements antérieurs), l'expert a relevé que celui-ci n'avait pas joué de rôle déterminant dans l'évolution du rachis dégénératif du patient. Il a encore précisé que le statu quo sine/ante avait été atteint à l'échéance d'une période de deux mois, période d'apparition de vertiges qui avaient rapidement dominé le tableau clinique.

12. Le 10 mars 2005, l'assuré a été examiné au département des neurosciences cliniques des "établissemnet hospitalier" en raison de vertiges. Il a été constaté que le status neurologique de l'assuré montrait une latéralisation du Weber à gauche, avec possible diminution de la conduction aérienne droite, sans autre signe neurologique, en particulier au niveau du testing des épreuves cérébelleuses et vestibulaires. Il a en outre été relevé que les données anamnestiques parlaient en faveur d'épisodes de vertiges paroxystiques de type cupulolithiase.

13. Par décision du 4 mai 2005, la WINTERTHUR ASSURANCES n'a plus reconnu le droit à des prestations d'assurance-accident dès le 25 octobre 2004 en se fondant sur l'expertise du Dr B_____. Dite décision n'a pas été contestée.

14. Dès le 25 octobre 2004, des indemnités journalières pour maladie ont été servies à l'assuré par la WINTERTHUR SOCIETE SUISSE D'ASSURANCES.

15. Le 3 mai 2005, l'assuré a été examiné – sur demande de l'assurance – par le Dr Pierre E_____, spécialiste FMH oto-rhino-larynogologie et chirurgie cervica-faciale, médecin consultant en otonoeurologie aux "établissemnet hospitalier", pour ses vertiges. Ce dernier a relevé que la symptomatologie avait débuté en septembre 2004 avec l'apparition de vertiges rotatoires et a posé un diagnostic de séquelle d'un

déficit vestibulaire brusque à droite et une hypoacousie de perception modérée à gauche, sans évidence d'une atteinte rétro-cochléaire. Il a considéré que, sur le plan otoneurologique, il n'y avait pas de raison de prolonger l'arrêt de travail. Les vertiges paroxystiques de position (cupulolithiase) se traitaient par des manœuvres de physiothérapie appropriées. Une cupulolithiase ne demandait pas d'arrêt de travail, mais pouvait être une contre-indication formelle à exercer une profession pouvant comporter des risques de chutes, comme des travaux sur échelle ou sur échafaudage. Le médecin a cependant précisé que, sur le plan otoneurologique, l'activité actuelle de l'assuré comme jardinier-paysagiste était adaptée à sa situation, sous réserve des travaux réalisés en hauteur, sur une échelle, notamment s'il venait à présenter une décompensation passagère de l'atteinte vestibulaire, sous forme de cupulolithiase. Il a en outre exprimé une réserve quant à l'origine exacte des plaintes de l'assuré et a préconisé un examen de médecine générale.

16. Suite à ce rapport médical, l'assurance a relevé, par courrier du 16 juin 2005, que l'assuré était apte à reprendre pleinement le travail le jour de l'expertise, soit le 3 mai 2005. Les conclusions du Dr E_____ n'ayant pas été transmises à l'assuré avant le 16 juin 2005, l'assurance a informé l'assuré avoir décidé de cesser le versement des prestations dès le 20 juin 2005.

17. Sur demande du Dr C_____, l'assuré s'est rendu chez le Dr Alphonse D_____, neurologue. Ce dernier a rendu un rapport médical en date du 24 août 2005. Il a constaté que le patient présentait des troubles vestibulaires périphériques sous forme de crises de vertiges de courte durée, sans prodrome, ayant déjà entraîné plusieurs chutes, des lombosciatalgies sur hernie discale et des troubles psychiques importants dus à un syndrome de stress post traumatique suite à son vécu durant la guerre en 2001, entraînant une incapacité totale de travail

18. Le 28 septembre 2005, l'assuré, représenté par son conseil, a transmis le rapport du Dr D_____ à l'assurance et a contesté la décision de suspension du versement des indemnités journalières maladie.

19. En date du 5 octobre 2005, le Dr C_____ a interpellé le médecin-conseil de l'assurance afin de soutenir l'avis du Dr D_____.

20. Par pli du 17 octobre 2005, l'assurance a confirmé sa position, le rapport médical du Dr E_____ et l'avis de son médecin-conseil concordant sur le fait que l'état de santé de l'assuré ne justifiait aucun arrêt de travail, et ceci même dans sa profession de jardinier-paysagiste.

21. En date du 24 novembre 2005, l'assuré a déposé une demande en paiement devant le Tribunal cantonal des assurances sociales. Il conclut à ce que l'assureur soit condamné à lui verser les indemnités journalières dues en raison de sa maladie, soit la somme de 19'026 fr. pour la période du 20 juin 2005 au 24 novembre 2005, avec intérêts à 5% dès le 5 septembre 2005, ainsi qu'au paiement d'un somme de

1'000 fr. au titre des frais d'avocat hors procédure, avec suite de dépens. Il conteste le rapport médical du Dr E_____, alléguant que celui-ci n'a pas examiné les multiples contusions au dos, notamment l'hernie discale et le rachis dégénératif. Selon lui, c'est à tort que celui-ci a évoqué les problèmes de vertige du demandeur comme une hypothèse non encore réalisée; son rapport comprend en outre des lacunes du point de vue anamnestique, car il a considéré que l'apparition de vertiges rotatoires aurait débuté en septembre 2004, alors que ceux-ci se sont manifestés pour la première fois en 1993.

22. Dans sa réponse du 26 janvier 2006, l'assureur conclut au rejet de la demande avec suite de dépens. Il soutient que l'indemnité journalière pour maladie, fondée sur un syndrome de stress post-traumatique relatif au stress vécu durant la guerre en 2001, n'est pas due, car cet état découle d'une période où l'assuré avait cessé son travail auprès de l'ATELIER X_____ SA. Selon lui, le rapport du Dr E_____ est motivé et convaincant et répond à tous les critères requis par la jurisprudence.

23. Dans sa réplique du 13 mars 2005 (recte. 2006), le demandeur expose que son incapacité de travail résulte de diverses atteintes à la santé, soit des troubles vestibulaires périphériques, sous forme de crises de vertiges de courte durée, des lombosciatalgies sur hernie discale ainsi que d'un syndrome de stress post-traumatique avec épisode dépressif. Il estime que l'expertise du Dr E_____ ne satisfait pas aux exigences fixées par la jurisprudence pour lui accorder une valeur probante pour les affections de nature physiologiques. Les rapports de travail ne se sont pas interrompus en 2001 lors de son départ en Macédoine. Le demandeur amplifie en outre ses conclusions et réclame, à titre d'indemnités journalières du 20 juin 2005 au 12 mars 2006, le montant de 31'720,50 fr., avec intérêts 5% dès le 1er novembre 2005.

24. Dite réplique était accompagnée d'un certificat médical du département de psychiatrie des "établissemnet hospitalier" daté du 25 janvier 2006 dont il ressort que l'assuré est suivi depuis le 1er décembre 2005 pour un syndrome de stress post-traumatique F43.1 ainsi que pour un épisode dépressif moyen sans syndrome somatique F.32.10. Sa capacité de travail a été considérée comme très réduite, voir nulle, ceci pour une durée indéterminée.

25. Dans sa duplique du 12 avril 2006, la défenderesse a maintenu sa position et a relevé que même si l'assuré était au bénéfice d'un congé non payé en été 2001, la couverture d'assurance cessait, selon ses conditions générales, après une interruption de travail volontaire, ne donnant pas droit à un salaire.

Sur ce, les courriers ont été transmis aux parties et la cause gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (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 trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. a) Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. c LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales 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), et à l'assurance-accident obligatoire prévue par la loi fédérale sur l'assurance-accident du 20 mars 1981 (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-accident. Le Tribunal des conflits a au demeurant expressément constaté la compétence du Tribunal de céans en matière d'assurance collective d'indemnités journalières soumise à la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (LCA; ACOM/42/2006 du 13 juin 2006; ACOM/55/2005 du 26 août 2005). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

   b) L'assuré doit saisir directement l'autorité judiciaire, par la voie d'une action judiciaire (art. 87 LCA), qui doit être intentée dans les deux ans à dater du fait d'où naît l'obligation qui dérive du contrat d'assurance (art. 46, al. 1, 1ère phrase LCA), ce délai pouvant être interrompu selon les règles générales du droit privé.

   En l'espèce, la demande, déposée dans les formes prescrites devant la juridiction compétente le 24 novembre 2005 pour des prestations litigieuses à partir de juin 2005, est recevable.

3. Aux termes des conditions générales pour la nouvelle assurance collective d'une indemnité journalière en cas de maladie pour le personnel, édiction 1999 (CGA), figurant au dossier, le demandeur a droit à des indemnités journalières en cas d'incapacité de travail (art. B1, ch. 1 CGA), c'est-à-dire si, par suite d'une maladie couverte par l'assurance, il n'est pas en mesure d'exercer partiellement ou entièrement sa profession actuelle ou une autre activité lucrative pouvant être raisonnablement exigée de lui (art. A 10 CGA). Est considéré comme maladie tout

trouble de la santé, à l'exclusion des accidents et suites d'accidents, dont l'assuré est atteint indépendamment de sa volonté et qui nécessite un traitement médical (art. A6, ch. 1 CGA). A l'expiration du délai d'attente, l'indemnité journalière est due pendant la durée prévue par le contrat (art. B3, ch. 1 CGA), soit en l'espèce 730 jours, sous déduction d'un délai d'attente de 7 jours.

4. En l'occurrence, la question litigieuse est de déterminer quelle est la capacité de travail du demandeur depuis le 3 mai 2005 et d'établir par conséquent si le versement des indemnités journalières doit être repris ou non. Subsidiairement se posera la question du paiement des frais d'avocat hors procédure.

5. a) La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) 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. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. 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).

   b) 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.).

6. Dans un arrêt du 14 juin 1999 (ATF 125 V 351), le Tribunal fédéral des assurances (ci-après TFA) a précisé sa jurisprudence relative à l'appréciation des preuves notamment dans le domaine médical. Il convient de rappeler ici que selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif (art. 40 PCF en corrélation avec l'art. 19 PA ; art. 95 al. 2 OJ en liaison avec les art. 113 et 132 OJ), l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des

preuves. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre.

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, la jurisprudence précitée a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à disposition pour clarifier les aspects médicaux d'un état de fait donné. Peut constituer une raison de s'écarter de l'expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une sur-expertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale.

7. En matière d'assurance indemnités journalières maladie soumise à la LCA, le Tribunal de céans s'est écarté à plusieurs reprises des rapports médicaux de médecins mis en œuvre par un assureur. Tel a notamment été le cas lorsque les conclusions du médecin mandaté par l'assurance divergeaient de toutes les appréciations concordantes effectuées par d'autres médecins (ATAS/1049/2004 du 13 décembre 2004) ou lorsque le médecin mandaté par l'assurance n'avait pu poser de diagnostic et que ses conclusions sur la capacité de travail avaient varié au gré des courriers adressés par les médecins de l'assuré (ATAS/143/2006 du 14 février 2006).

8. En l'espèce, le demandeur soutient que des indemnités journalières pour maladie doivent lui être servies en raison de son incapacité de travailler résultant de trois pathologies, à savoir des troubles vestibulaires périphériques, sous forme de crises de vertiges de courte durée, des lombosciatalgies sur hernie discale ainsi que d'un syndrome de stress post-traumatique avec épisode dépressif.

9. a) S'agissant du syndrome de stress post-traumatique avec épisode dépressif, dont l'existence ressort du rapport médical du Dr D_____ ainsi que d'un certificat médical du département de psychiatrie des "établissemnet hospitalier" daté du 25 janvier 2006, force est de constater qu'il ne peut fonder un droit à des indemnités journalières.

b) En effet, à teneur de l'art. A6, ch. 3 des CGA, les conséquences économiques de maladies dues à des faits de guerre ne sont pas assurées, étant précisé que si ces faits surprennent l'assuré hors de Suisse, la couverture d'assurance cesse 14 jours seulement après leur première manifestation. Or, il ressort des déclarations de l'assuré, du rapport médical et du certificat médical précités que le syndrome post-traumatique avec épisode dépressif découle du vécu de demandeur lorsqu'il s'est rendu, en 2001, durant plusieurs mois en Macédoine durant la guerre. Par conséquent, vu la cause de la pathologie, exclue de la couverture d'assurance, point n'est besoin de déterminer si la couverture d'assurance avait en outre cessé en raison de l'interruption volontaire de travail du demandeur (art. A4, ch. 2 CGA).

10. a) Le demandeur soutient en outre que des indemnités journalières pour maladie doivent lui être versées en raison d'une incapacité de travail résultant de lombosciatalgies sur hernie discale.

    b) Seul le Dr D_____ arrive à cette conclusion. Sur ce point, son rapport médical n'est toutefois pas motivé et sa conclusion n'est fondée sur aucun examen concret, mais uniquement sur l'anamnèse du patient. Au vu de la jurisprudence précitée, sa conclusion ne peut ainsi avoir force probante. Les autres médecins consultés n'ont par ailleurs jamais constaté d'incapacité de travail – pour maladie – résultant des lombosciatalgies sur hernie discale dont souffre le demandeur. Au contraire, le Dr B_____ a relevé, dans son expertise du 18 janvier 2005, que le status quo sine/ante avait été atteint à l'échéance d'une période maximale de deux mois suite à l'accident du 24 juin 2004. Or, antérieurement à cet accident, le demandeur n'était pas en incapacité de travail en raison de ses lombosciatalgies sur hernie discale. Un expert ayant constaté, dans une expertise conforme aux conditions jurisprudentielles, que l'état du demandeur n'avait, à cet égard, pas été péjoré, le Tribunal de céans ne retiendra pas la présence d'une incapacité de travail due aux lombosciatalgies sur hernie discale.

    c) Le Dr B_____ a d'ailleurs relevé que le tableau clinique avait rapidement été dominé par l'apparition de vertiges. C'est donc sur ce point qu'il convient d'examiner l'existence d'une éventuelle incapacité de travail entraînant une obligation pour la défenderesse de verser des indemnités journalières maladie.

11. a) Le Dr E_____, qui a examiné le demandeur sur requête de l'assurance, a conclu à une atteinte vestibulaire périphérique de type déficit vestibulaire brusque (appelée aussi neuronite vestibulaire) et à l'absence d'incapacité de travail. Il a relevé que quelques patients vont, par la suite, développer des épisodes de vertiges paroxystiques de position (cupulolithiase), précisant que si une telle symptomatologie venait à se développer chez ce patient, il faudrait alors temporairement qu'il renonce à monter sur une échelle dans le cadre de son travail de jardinier-paysagiste.

b) Le Dr D_____, qui a aussi examiné le demandeur, a également conclu à la présence de troubles vestibulaires périphériques. Il considère toutefois qu'il existe une incapacité totale de travail. Cette conclusion est partagée par le Dr F_____ dans son courrier du 5 octobre 2005.

c) Dans un rapport médical du 10 mars 2005, le service de neurologie du département des neurosciences cliniques a relevé que les données anamnestiques du demandeur parlaient en faveur d'épisodes de vertiges paroxystiques de type cupulolithiase.

d) Il ressort également des rapports médicaux du Dr LE A_____ des 30 octobre 1996 et 6 mars 1997 que ces vertiges sont présents chez le demandeur depuis de nombreuses années, étant précisé qu'ils semblent être apparus dès 1993.

12. Face à deux rapports médicaux contradictoires – donc aucun des deux n'est formellement une expertise –, il a été exposé dans les considérants précédents que le juge pouvait trancher la question en appréciant l'ensemble des preuves et en indiquant les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. Le Tribunal de céans va en outre employer les critères qui découlent de la jurisprudence développée sur la force probante des expertises afin d'effectuer cette appréciation des preuves.

13. a) Le rapport médical du Dr E_____ contient plusieurs éléments qui permettent de l'écarter. Premièrement, il indique que les vertiges rotatoires ont débuté en septembre 2004, exposant que le demandeur a signalé avoir ressenti des tels vertiges en 1993. Or, il ressort du dossier que le demandeur a consulté le Dr. LE A_____ en 1996 et en 1997 pour de tels vertiges. Ces éléments ne figurent pourtant pas dans l'anamnèse du Dr. E_____.

Deuxièmement, le Dr E_____ expose, le 23 mai 2005, que le demandeur est susceptible de développer des vertiges paroxystiques de position (cupulolithiase). Il ne donne pourtant aucun motif susceptible de s'écarter du rapport médical du service de neurologie des "établissemnet hospitalier" du 10 mars 2005 – mentionné dans son rapport – qui considère que les données anamnestiques parlent en faveur de la présence de ces troubles de type cupulolithiase.

b) Dans ces circonstances, le Tribunal de céans considère qu'il ne peut se fonder sur un rapport médical contenant une imprécision importante du point de vue anamnestique et posant le développement de trouble de type cupulolithiase comme une hypothèse de développement possible, alors qu'il appert que ce trouble est présent chez le demandeur. Par conséquent, le Tribunal se fondera sur le rapport du Dr D_____ et, dans une moindre mesure, sur l'opinion concordante du Dr F_____, afin de constater l'existence d'une incapacité de travail.

14. Le demandeur étant en incapacité de travail pour maladie, il a droit au versement d'indemnités journalières. Afin d'en calculer le montant, il convient de se baser sur le dernier salaire annuel AVS perçu avant le début de la maladie, y compris les composantes du salaires non encore payées et auxquelles a droit l'assuré. Ce salaire doit être déterminé pour une année entière et divisé par 365 (art. A11, ch. 1 CGA). En l'occurrence, cette donnée ne ressort pas de manière indubitable du dossier. Partant, conformément à sa pratique (ATAS/385/2006 du 25 avril 2006), le Tribunal de céans renverra le dossier à la défenderesse afin qu'elle procède au calcul des indemnités journalières dues, qui se montent à 80% du revenu jou8rnalier.

15. A noter que si la défenderesse estimait que le demandeur était en mesure d'exercer une autre activité afin de participer à la diminution du dommage dû à l'incapacité de travail pour maladie, il lui appartenait de le proposer à l'assuré. Rien ne l'empêche d'ailleurs de la faire pour l'avenir. En l'absence de tout élément à cet égard dans le dossier, il n'appartient cependant pas au Tribunal de céans d'examiner cette éventualité dans un litige qui relève du droit privé, à savoir de l'application de la LCA.

16. Quant aux intérêts à 5% demandé par le demandeur à partir du 1er novembre 2005, il y a lieu de se référer à l'art. 100 LCA, qui prévoit que le contrat d'assurance est régi par le droit des obligations pour tout ce qui n'est pas réglé par ladite loi. Selon l'art. 104 du code des obligations (CO), le débiteur en demeure pour le paiement d'une somme d'argent doit un intérêt moratoire de 5%. En l'espèce, il faut considérer que l'intérêt moratoire est dû depuis le 24 novembre 2005, date du dépôt de la demande en paiement devant le Tribunal de céans (ATAS/385/2006 du 25 avril 2006, consid. 6).

17. Le demandeur réclame en outre une indemnité pour ses frais d'avocat avant l'ouverture de l'action. Fondé sur l'art. 106 CO, par renvoi de l'art. 100 LCA, cette demande doit cependant être rejetée. Le demandeur ne fournit en effet aucun élément susceptible de démontrer l'existence de ces frais.

18. Le demandeur, qui obtient partiellement gain de cause, a droit à des dépens (art. 89H, al. 3 LPA) à charge de la défenderesse. La procédure étant gratuite, il ne sera en revanche pas perçu de frais (art. 89H, al. 1 LPA).

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. L'admet partiellement.

3. Constate que le demandeur présente une incapacité totale de travail.

4. Condamne la défenderesse à verser au demandeur les indemnités journalières dues selon le contrat collectif d'assurance depuis le 20 juin 2005.

5. Condamne la défenderesse à verser au demandeur des intérêts de 5% depuis le 24 novembre 2005, sur les indemnités journalières dues depuis le 20 juin 2005.

6. Renvoie le dossier à la défenderesse pour le calcul desdites indemnités.

7. Condamne la défenderesse à verser au demandeur une indemnité de 1'500 fr. à titre de dépens.

8. Dit que la procédure est gratuite.

9. Déboute les parties de toutes autres conclusions.

10. 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, le présent arrêt 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. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyen de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	Le Juge suppléant
Marie-Louise QUELOZ	Stéphane GRODECKI

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