

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/708/2012

ATAS/185/2013

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 20 février 2013

4^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur B _____, domicilié c/o X _____, à Sciez, demandeur
France

contre

HELSANA ASSURANCES SA, sise avenue de Provence 15, 1001 défenderesse
Lausanne

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Rosa GAMBÀ et Olivier LEVY, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur B _____ (ci-après l'assuré ou le demandeur), né en 1965, a travaillé comme vendeur représentant pour le compte de l'entreprise Y _____ SA à Genève (ci-après l'employeur). L'employeur a contracté pour son personnel une assurance d'indemnités journalières collective « Helsana Business Salary » couvrant 80 % du salaire effectif pendant 730 jours par cas après un délai d'attente de 30 jours auprès d'HELSANA ASSURANCES SA (ci-après l'assureur ou la défenderesse).
2. Dans un formulaire reçu le 9 juin 2011 par l'assurance, l'employeur a annoncé que l'assuré était en incapacité de travail depuis le 16 avril 2011, celle-ci devant perdurer probablement jusqu'au 31 mai 2011. Le salaire de l'assuré s'élevait à 4'195 fr. brut pour 42,5 heures.
3. Dans son rapport du 5 juillet 2011, le Dr A _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie auprès de la Clinique Lamartine, à Thonon-les-Bains, a fait état d'une biminisectomie arthroscopique du genou droit pratiquée le 13 mai 2011. Les suites étaient difficiles mais classiques avec un épanchement en voie d'amélioration. L'incapacité de travail était totale depuis le 13 mai 2011, la reprise du travail à 100 % en tant qu'employé commercial étant prévue pour le 1^{er} août 2011 et ne devant *a priori* pas être problématique. Les limitations physiques observées étaient des douleurs au genou, une raideur et un épanchement.
4. L'assuré n'ayant pas repris le travail à la date initialement prévue, un inspecteur de l'assurance a eu un entretien avec lui en date du 18 août 2011. Dans son rapport du lendemain, il a noté que l'assuré avait le genou droit un peu enflé. Celui-ci ne signalait pas de douleur. Il ne pouvait cependant marcher plus de 2 km avant que le genou n'enfle et commençait alors à boiter et avait des lâchages. Il ne suivait aucun traitement et ne prenait pas de médicaments. Les séances de physiothérapie ne lui avaient pas convenu, mais il marchait et nageait. L'assuré s'est référé à une IRM passée le 9 août 2011 ayant révélé une poche de liquide au genou. Il était représentant commercial dans toute la Suisse romande. Il conduisait beaucoup mais une fois son véhicule garé, il devait tirer deux grosses valises sur roulettes de 25 à 35 kg sur des distances variables jusque chez ses clients. Il présentait des bijoux et des parfums. L'inspecteur était d'avis qu'une capacité de travail était exigible dès le 5 septembre 2011 et il solliciterait l'avis du médecin-conseil sur ce point. Il en a informé l'assuré, à qui il a précisé qu'une nouvelle orientation en tant que vendeur en automobile, soit son ancienne profession, ne mettrait pas son genou à contribution dans la même mesure.
5. Dans une note d'évaluation du 25 août 2011, la Dresse B _____, médecin-conseil de l'assurance, a considéré que la situation médicale était stabilisée et

préconisé une reprise de travail à 100 % dès le 5 septembre 2011 dans l'activité habituelle.

6. Par courrier du 25 août 2011, l'assurance s'est référée à l'entretien de l'assuré avec un de ses inspecteurs et lui a indiqué qu'une capacité de travail totale était exigible dès le 5 septembre 2011. Selon le médecin-conseil, l'assuré était parfaitement apte à exercer son activité habituelle, de sorte que les indemnités journalières seraient allouées jusqu'au 4 septembre 2011.
7. Par certificat du 5 septembre 2011, le Dr A_____ a prolongé l'arrêt de travail de l'assuré jusqu'au 9 octobre 2011.
8. Le 4 octobre 2011, l'assuré a communiqué à l'assurance un certificat médical établi le même jour par le Dr A_____, aux termes duquel les suites de l'intervention pratiquée le 15 mai 2011 avaient été marquées par la survenance d'épanchements à répétition après des marches prolongées, ce qui avait nécessité une prolongation de l'arrêt de travail jusqu'au 9 octobre 2011. L'IRM réalisée en août 2011 ne montrait pas de lésion particulière hormis un épanchement persistant. La marche prolongée sur plus d'un kilomètre était pour l'heure déconseillée.
9. Dans son avis du 27 octobre 2011, le Dr C_____, médecin-conseil de l'assurance, a confirmé que la capacité de travail de l'assuré était entière depuis le 5 septembre 2011.
10. Par courrier du 28 octobre 2011, l'assurance a indiqué à l'assuré qu'elle maintenait sa position du 25 août 2011. Son médecin-conseil avait réévalué le dossier au vu des nouveaux documents et l'assuré était considéré comme entièrement capable de reprendre son activité de vendeur le 5 septembre 2011.
11. Par courrier du 10 novembre 2011, l'assuré a indiqué à l'assurance qu'il lui avait communiqué tous les justificatifs demandés et que son chirurgien lui avait interdit de marcher durant tout le mois de septembre. Après 500 m ou un kilomètre de marche, il se mettait à boiter. Son genou n'enflait désormais plus mais continuait à le lâcher. Il a exposé qu'il avait été licencié pour le 31 décembre 2011 et a sollicité le versement des indemnités journalières du 5 septembre 2011 au 9 octobre 2011.
12. L'assuré a relancé l'assurance par courriers des 23 janvier et 14 février 2012.
13. Par acte du 5 mars 2012, l'assuré a saisi la Cour de céans d'une demande en paiement à l'encontre de l'assurance, sollicitant le versement d'indemnités journalières du 5 septembre 2011 au 9 octobre 2011.
14. Dans sa réponse du 29 mars 2012, la défenderesse conclut à l'irrecevabilité de la demande, voire à une non entrée en matière, et subsidiairement à son rejet. Elle fait valoir que les demandes en matière d'assurances complémentaires doivent être

précédées d'une tentative de conciliation devant l'autorité compétente sous peine d'irrecevabilité. Sur le fond, elle retient que le Dr A_____ prévoyait la reprise de l'activité professionnelle le 1^{er} août 2011 et que le demandeur ne bénéficiait d'aucune thérapie ou médicament à cette date. L'IRM du 9 août 2011 n'a démontré aucune lésion particulière hormis un épanchement persistant. Ainsi, la situation médicale était stabilisée depuis plusieurs mois. Elle a néanmoins versé les indemnités journalières jusqu'au 4 septembre 2011. Selon la défenderesse, en tant que représentant commercial, le demandeur se déplace beaucoup en voiture sans que les distances parcourues à pied ne dépassent 2 km. La nouvelle incapacité de travail du 5 septembre au 9 octobre 2011 ne doit pas être indemnisée dès lors qu'elle n'est pas motivée par une atteinte physique incapacitante, car aucune aggravation des symptômes n'a été constatée et le gonflement du genou n'est au demeurant pas douloureux. La défenderesse allègue en outre que le juge ne doit pas se fonder exclusivement sur les conclusions du médecin de famille.

15. Par réplique du 10 avril 2012, le demandeur persiste dans ses conclusions. Il expose que son travail en tant que représentant nécessite entre 5 et 7 km de déplacement à pied par jour et non 2 km comme la défenderesse le prétend. Par ailleurs, ce n'est pas son médecin de famille qui lui a interdit de marcher mais le Dr A_____, chirurgien qu'il ne connaissait pas avant son opération.
16. Lors de l'audience de comparution personnelle des parties du 2 mai 2012, le demandeur a expliqué qu'il n'a pas pu reprendre son travail le 5 septembre 2011, son chirurgien lui ayant interdit de marcher durant un mois. Il a précisé qu'il a vu quatre médecins dont deux chirurgiens et que c'est le Dr A_____, qui n'est pas son médecin de famille, qui a considéré que l'incapacité de travail se justifiait jusqu'au 9 octobre 2011. Il a déclaré qu'en tant que représentant, il devait distribuer une quinzaine de marques de bijoux dans toute la Suisse, qu'il roulait 30'000 km par an en moyenne pour rendre visite à sa clientèle et qu'il marchait tout le temps. Il avait des difficultés pour freiner lors de la conduite et n'avait pas repris le volant entre son opération et le 10 octobre 2011, date de sa reprise. Selon son employeur, il devait marcher 5 km à pied par jour, ce qu'il ne pouvait plus faire après l'opération. Son genou le lâchait au bout d'1 km à 1,5 km de marche. Il a exposé qu'il ne pouvait pas toujours se garer à proximité des locaux de ses clients. Pour exercer son activité, il était souvent debout et devait s'agenouiller pour extraire le plateau de bijoux du bas de la mallette.

La représentante de la défenderesse a souligné que selon la Dresse B_____, dont elle ignorait le domaine de spécialité, un épanchement provoque un gonflement du genou, inconfortable, mais sans douleur. De plus, selon le médecin de l'assuré, seule la marche sur plus d'un kilomètre en une fois était proscrite. Elle a cependant requis l'avis de son médecin-conseil le Dr D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, dont elle produit l'avis du 26 avril 2012. Ce spécialiste y a exposé qu'un épanchement persistant est un état inflammatoire probablement

secondaire à des troubles dégénératifs. Quand les deux ménisques sont opérés, cela signifie que les cartilages ne sont vraisemblablement pas en bon état. Il était plausible que l'assuré soit gêné mais les déplacements en voiture devaient être possibles et le Dr D _____ doutait qu'il doive tirer ses valises sur plus de cent à deux cents mètres.

A l'issue de l'audience, la Cour de céans a imparti un délai aux parties pour produire des pièces.

17. Par écriture du 2 mai 2012, le demandeur soutient que le Dr D _____ a raison lorsqu'il déclare douter qu'il tire ses valises sur 100 à 200 mètres, car ce chiffre est en réalité à multiplier par le nombre de clients à voir dans la journée, soit environ six, plus 30'000 km par an en voiture et environ une heure par client en station debout ou agenouillé. Il admet qu'il aurait pu travailler dans un bureau dès le 1^{er} juin 2011. Il produit le rapport de l'IRM du genou pratiquée le 9 août 2011 par le Dr E _____, spécialiste en radiologie. Cet examen a révélé un minime épanchement intra-articulaire, des lésions dégénératives, une lésion kystique au niveau du plateau tibial postérieur externe, une chondropathie au niveau du cartilage patellaire, un amincissement focal avec hypersignal en T2 à corrélérer avec la clinique, un status après élongation du ligament croisé antérieur, un status après résection partielle du ménisque interne et un kyste poplité.
18. Le 5 juin 2012, la défenderesse produit un avis établi la veille par le Dr D _____, selon lequel l'épanchement ne peut justifier la prolongation de l'incapacité de travail dès le mois de septembre 2011, le Dr F _____ (*recte* : E _____) n'ayant fait état que d'un minime épanchement intra-articulaire dans son rapport d'IRM du 9 août 2011. Elle ajoute qu'il est curieux que la marche prolongée sur plus d'un kilomètre ait été impossible le 4 octobre 2011 alors que le demandeur était à nouveau à même de travailler à plein temps cinq jours plus tard. L'incapacité de travail du 5 septembre au 9 octobre 2011 n'est dès lors pas justifiée. La défenderesse précise encore que la Dresse B _____ est spécialiste FMH en médecine générale.
19. Par écriture du 16 juin 2012, le demandeur soutient que l'IRM réalisée le 9 août 2011 a été passée à sa demande car il s'inquiétait de ne pouvoir marcher. Il répète que le Dr A _____ n'est pas son médecin de famille.
20. Le 29 août 2012, la Cour de céans a invité le Dr A _____ à lui indiquer quelles étaient ses constatations objectives lors de la consultation du 5 octobre 2011, quelles étaient les plaintes du demandeur, si celui-ci présentait des limitations fonctionnelles et dans l'affirmative lesquelles, et si l'activité de vendeur nécessitant de nombreux déplacements ainsi que la conduite d'un véhicule manuel était raisonnablement exigible à cette période. Elle l'a également prié de se déterminer sur les avis du Dr D _____.

21. Le Dr A_____ a répondu le 1^{er} septembre 2012 qu'il avait vu le demandeur pour les suites de son intervention du genou droit pour la dernière fois le 5 septembre 2011 et non le 5 octobre 2011. Les consultations précédentes remontaient au 30 juin 2011 en raison de l'apparition d'une hydarthrose survenue après 2 km parcourus à pied et au 9 août 2011, date à laquelle une consultation avec une IRM de contrôle montrait une minime hydarthrose avec un petit kyste poplité. Lors de la consultation du 5 septembre 2011, l'assuré déclarait présenter un épanchement et une gêne douloureuse après des marches prolongées de 4 km. L'examen ne révélait cependant pas d'épanchement ni de douleur particulière. Le Dr A_____ avait alors déconseillé les marches prolongées de plusieurs kilomètres et avait prolongé l'arrêt de travail du demandeur jusqu'au 9 octobre 2011, car celui-ci déclarait parcourir 2 à 3 km par jour dans le cadre de son travail. La conduite d'un véhicule n'était alors pas du tout contre-indiquée.

22. Dans ses déterminations du 19 septembre 2012, le demandeur a rappelé en quoi consistait son activité de vendeur commercial, soutenant notamment que son activité impliquait de transporter 2 à 4 valises de 20 kg chacune et de marcher 4 à 5 km par jour.

Il produit un nouveau certificat du Dr A_____, établi à sa demande le 19 septembre 2012. Sa teneur est quasiment identique à celle du certificat adressé à la Cour de céans le 1^{er} septembre 2012 mais varie sur les points suivants : le Dr A_____ affirme désormais que le demandeur lui déclarait présenter un épanchement et une gêne douloureuse après des marches prolongées de 2 km ainsi que des instabilités, et parcourir 5 km à pied par jour dans le cadre de son travail. Ce praticien a soutenu que la conduite d'un véhicule automobile n'était à l'époque pas contre-indiquée pour de courts trajets.

23. Par observations du 25 septembre 2012, la défenderesse persiste dans ses conclusions. Elle relève que selon le certificat du 1^{er} septembre 2012 du Dr A_____, un épanchement et une gêne douloureuse survenaient seulement au-delà de 4 km, cette affirmation ne reposant en outre que sur les déclarations du demandeur. La valeur probante de ce certificat est dès lors toute relative. Elle joint à son envoi l'avis du Dr D_____ du 24 septembre 2012, qui retient que le chirurgien du demandeur n'a pas constaté de genou inflammatoire lors de la consultation et que l'incapacité de travail se fonde ainsi uniquement sur les dires du demandeur.

24. Par courrier du lendemain, la défenderesse s'est déterminée sur le nouveau certificat établi le 19 septembre 2012 par le Dr A_____. Elle soutient que les modifications amenées à ses indications du 1^{er} septembre 2012 démontrent clairement l'influence exercée par le demandeur sur ce médecin.

25. Par courrier du 26 septembre 2012, la Cour de céans a transmis copie de ces écritures à la défenderesse et informé les parties que la cause était gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 7 du Code de procédure civile suisse du 19 décembre 2008 (CPC ; RS 292) et à 134 al. 1 let. c de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ; RSG E 2 05) en vigueur depuis le 1^{er} 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 LAMal relevant de la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA; RS 221.229.1).

Selon l'art. 38 des conditions générales de l'assurance indemnités journalières collective Helsana Business Salary selon la LCA de la défenderesse, édition 2006 (ci-après CGA), pour toutes les actions au sujet du présent contrat d'assurance, sont compétents au choix soit les tribunaux du domicile suisse du preneur d'assurance ou de l'ayant droit, soit ceux du lieu de travail de l'ayant droit, soit ceux du siège principal de [la défenderesse].

En l'occurrence, tant le preneur d'assurance que le lieu du travail du demandeur à l'époque déterminante sont à Genève.

La compétence de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La LCA est applicable à la présente assurance, comme cela ressort de l'art. 2.5 des CGA.
3. La loi fédérale sur la surveillance des entreprises d'assurance du 17 décembre 2004 (LSA; RS 961.01) ne contient pas de règles spécifiques concernant les délais relatifs aux contestations de droit privé qui s'élèvent entre les entreprises d'assurance et les assurés.

En vertu de l'art. 197 CPC en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2011, la procédure de fond est précédée d'une tentative de conciliation devant une autorité de conciliation. L'art. 198 CPC prévoit des exceptions à la tentative obligatoire de conciliation, notamment pour les instances cantonales uniques prévues par l'art. 5 CPC et les tribunaux spéciaux statuant en instance unique sur les litiges commerciaux que les cantons peuvent instituer en application de l'art. 6 CPC (art. 198 let. f CPC). Les instances cantonales uniques que les cantons peuvent instituer pour les litiges portant sur les assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale, conformément à l'art. 7 CPC, ne sont pas prévues en tant qu'exceptions à l'art. 198 CPC. Selon le Tribunal fédéral, c'est par inadvertance manifeste que le législateur n'a pas mentionné à l'art. 198 let. f CPC les tribunaux statuant en tant qu'instance cantonale unique sur les litiges portant sur les assurances-maladie

complémentaires conformément à l'art. 7 CPC. Partant, la procédure de conciliation n'a pas lieu dans les litiges portant sur les assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale lorsque les cantons ont prévu une instance cantonale unique selon l'art. 7 CPC (ATF 138 III 558 consid. 4.5 et 4.6).

Par conséquent, la demande, déposée dans la forme prévue à l'art. 244 CPC, est recevable.

4. Le litige porte sur le droit du demandeur à des indemnités journalières du 5 septembre au 9 octobre 2011, plus particulièrement sur le point de savoir s'il était incapable de travailler à cette période.
5. Selon l'art. 3.1 des CGA, par maladie, on entend 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. L'art. 3.4 des CGA dispose qu'est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. Aux termes de l'art. 3.5 des CGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

La personne assurée doit fournir la preuve de la perte de revenu (chiffre 13.2 CGA). Elle doit tout entreprendre pour accélérer la guérison et éviter tout ce qui pourrait la ralentir, elle doit en particulier suivre les prescriptions du médecin et du personnel soignant (chiffre 13.3 CGA). Lorsque l'incapacité de travail prend fin, une attestation sur le degré et la durée de l'incapacité de travail doit immédiatement être envoyée à l'assureur (chiffre 13.4 CGA). Selon le chiffre 13.5 CGA, la personne assurée qui présente une incapacité de travail complète ou partielle probablement durable dans sa profession d'origine est tenue d'utiliser son éventuelle capacité de travail restante, même si cela implique un changement de profession. L'assureur invite la personne assurée à changer de profession et la rend attentive aux conséquences selon le [chiffre] 14.

6. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient 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 des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3; ATF 122 V 157 consid. 1c). On rappellera que la jurisprudence admet que le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATFA non publié I 524/04 du 28 juin 2005 consid. 3.3). Contrairement à ce que semble alléguer le demandeur, ce n'est pas tant le fait que le Dr A_____ soit ou non son médecin de famille qui est déterminant, mais son mandat thérapeutique.

7. En l'espèce, le Dr A_____ a prolongé jusqu'au 9 octobre 2011 l'incapacité de travail de l'assuré par certificat du 5 septembre 2011. Il a précisé le 4 octobre 2011 que cette prolongation était dictée par les épanchements survenant après des marches prolongées. Or, si l'IRM passée le 9 août 2011 révélait en effet un minime épanchement, le Dr A_____ n'en a pas constaté et n'a pas fait état de douleur lors de sa consultation du 5 septembre 2011, près d'un mois plus tard. Autrement dit, l'impossibilité de reprendre le travail repose sur un symptôme et une limitation à la marche qui n'ont pas été objectivement constatés par un médecin et ne se fondent que sur les allégations de l'assuré. De plus, il n'est pas établi qu'un épanchement non douloureux suffise à entraîner une incapacité de travail. Par ailleurs, les certificats du Dr A_____ du 1^{er} et du 19 septembre 2012 recèlent des divergences fondamentales sur les plaintes prétendument rapportées par le demandeur lors de la consultation du 5 septembre 2011 et sur la possibilité de conduire un véhicule, et il est troublant que ce médecin n'offre pas la moindre explication sur ces variations. L'attestation du 19 septembre 2012 du Dr A_____, dans laquelle ce médecin revient sur les premiers renseignements fournis à la Cour de céans, a été établie à la requête du demandeur. Le contenu de ce deuxième certificat doit ainsi être examiné avec circonspection.

En l'occurrence, la Cour de céans considère que l'on ne saurait lui reconnaître pleine valeur probante. En effet, selon le principe de la "déclaration de la première heure" développé par la jurisprudence et applicable de manière générale en assurances sociales (ATF non publié 9C_663/2009 du 1^{er} février 2010, consid. 3.2), que l'on peut appliquer par analogie aux litiges en matière d'assurances complémentaires, en présence de deux versions différentes et contradictoires d'un fait, la préférence doit être accordée à celle que l'assuré a donnée alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le résultat de réflexions ultérieures (ATF 121 V 45 consid. 2a). Or, si l'on se réfère aux premières déclarations du demandeur telles que rapportées par son médecin le 1^{er} septembre 2012, le gonflement du genou ne survenait qu'après 4 km de marche prolongée et le Dr A_____ lui avait alors déconseillé des marches prolongées sur plusieurs kilomètres. Dans ces conditions, il faut admettre que l'activité de représentant commercial du demandeur était exigible dès le 5 septembre 2011 dès lors que celui-ci ne présentait pas d'autres symptômes que cet épanchement et n'éprouvait en particulier pas de douleurs. En

effet, s'il est plausible que le demandeur ne soit pas toujours en mesure de se garer à proximité immédiate des locaux de ses clients lors de sa tournée, il ne paraît guère vraisemblable que la distance qu'il doit parcourir à pied entre sa place de parc et les commerces qu'il doit démarcher excède quelques centaines de mètres, soit une distance largement inférieure aux 4 km qui entraînent la formation d'un épanchement. On notera sur ce point que le demandeur n'a pas contesté la distance moyenne entre sa place de parc et ses clients de 100 à 200 m qu'a articulée le Dr D_____, mais s'est borné à souligner que cette distance devait être multipliée par le nombre de clients. Par surabondance, on relèvera qu'une telle distance serait compatible même avec les limitations fonctionnelles signalées le 19 septembre 2012 par le Dr A_____, puisqu'il n'a proscrit que les marches de plusieurs kilomètres en une fois. Quant à la conduite d'un véhicule, le médecin du demandeur a considéré dans ses premières déclarations qu'elle était possible sans restriction. On ne saurait donc nier l'aptitude au travail du demandeur dès le 5 septembre 2011 en raison d'une impossibilité à parcourir de longues distances en voiture. Enfin, la station debout et l'agenouillement occasionnel ne font pas état des limitations retenues par le Dr A_____, de sorte qu'elles ne suffisent pas à établir une incapacité de travail.

Force est ainsi d'admettre que le demandeur était apte à reprendre son travail de représentant commercial dès le 5 septembre 2011.

8. Eu égard à ce qui précède, la demande est rejetée.

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. La rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. 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 BALDE

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