

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1084/2014

ATAS/103/2015

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 9 février 2015**

**10<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à GENÈVE

demandeur

contre

ZURICH COMPAGNIE D'ASSURANCES SA, sise Mythenquai  
2, ZURICH

défenderesse

**Siégeant : Mario-Dominique TORELLO, Président; Pierre-Bernard PETITAT et  
Georges ZUFFEREY, Juges assesseurs**

---

**EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après l'assuré ou le demandeur), né en 1973, a subi un accident en avril 2002, dont les suites ont été prises en charge par la Caisse nationale d'assurances en cas d'accidents (ci-après la Suva).
2. Dans le rapport du 6 octobre 2003 de la Clinique romande de réadaptation (CRR), où l'assuré a séjourné du 5 août au 17 septembre 2003, les docteurs B\_\_\_\_\_ et C\_\_\_\_\_ ont notamment posé les diagnostics d'entorse acromio-claviculaire droite le 5 avril 2002 et de résection distale de la clavicule le 10 décembre 2012 et ont retenu les limitations fonctionnelles suivantes, incompatibles avec le métier de peintre en bâtiment : pas de port de charges lourdes, pas de maintien des bras au-dessus des épaules, pas de port de charges supérieures à 1 kg au-dessus des épaules.
3. L'assuré a travaillé auprès de l'entreprise sociale D\_\_\_\_\_ dès le 16 avril 2012. A ce titre, il a été assuré contre les accidents et les maladies professionnelles auprès de la Zurich compagnie d'assurances (ci-après la Zurich ou la défenderesse), qui était également l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie.
4. Le 25 juillet 2013, l'assuré a consulté le docteur E\_\_\_\_\_, médecin au Service des urgences de l'hôpital de la Tour. Il lui a indiqué qu'en jardinant, il avait trébuché et était tombé sur l'épaule droite, ce qui avait entraîné une vive douleur et une importante impotence fonctionnelle. Le Dr E\_\_\_\_\_ a diagnostiqué une contusion de l'épaule droite et attesté d'une incapacité de travail jusqu'au 4 septembre 2013. Il a précisé que l'examen radiologique ne révélait pas de fracture ni de luxation. Le suivi serait assuré par la doctoresse F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne.
5. Par certificat du 3 septembre 2013, le Dr E\_\_\_\_\_ a prolongé l'incapacité de travail de l'assuré résultant de l'accident jusqu'au 22 septembre 2013.
6. Dans son rapport du 23 septembre 2013, le docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a diagnostiqué une contusion de l'épaule droite avec une impotence fonctionnelle très importante. L'arthro-IRM ne montrait aucune lésion. La capacité de travail était nulle du 5 août au 22 septembre 2013 et totale dès le lendemain. Il ne fallait pas s'attendre à un dommage permanent.
7. Le 24 septembre, la Dresse F\_\_\_\_\_ a établi un arrêt de travail du 24 septembre au 28 octobre 2013 en raison de l'accident.
8. Dans son courrier du 27 septembre 2013 au docteur H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin-conseil de la Zurich, la Dresse F\_\_\_\_\_ a noté que l'assuré bénéficiait d'un emploi de solidarité, dans lequel il avait dû effectuer un travail de jardinier. Il n'avait pas osé refuser, alors qu'il avait été jugé incapable de travailler dans des travaux physiques par la Suva. Il l'avait consultée le 24 septembre pour des douleurs au dos présentes depuis son accident, lesquelles étaient à mettre sur le compte de lombalgies aspécifiques dans un contexte de surcharge psychique. La Dresse F\_\_\_\_\_ lui avait prescrit de la physiothérapie et

du repos. Elle considérait qu'une activité de jardinier n'était pas indiquée au vu de ses antécédents.

9. Le 15 octobre 2013, la Zurich a informé l'assuré du fait que selon les renseignements recueillis auprès du Dr G \_\_\_\_\_ et de la Dresse F \_\_\_\_\_, laquelle avait mentionné des lombalgies en lien avec une surcharge psychique, et conformément à l'avis du Dr H \_\_\_\_\_, sa responsabilité en qualité d'assurance-accidents n'était plus engagée et elle mettait fin aux prestations le 22 septembre 2013. Elle invitait l'assuré à lui faire savoir s'il entendait obtenir une décision en bonne et due forme.
10. Par courrier du 23 octobre 2013, D \_\_\_\_\_ a résilié les rapports de travail avec l'assuré pour le 31 décembre 2013.
11. Par certificat du 28 octobre 2013, la Dresse F \_\_\_\_\_ a attesté d'une incapacité de travail pour maladie du 24 septembre au 28 novembre 2013.
12. Par décision du 8 novembre 2013, la Zurich a relevé que l'assuré était tombé sur l'épaule droite alors qu'il débroussaillait un jardin le 25 juillet 2013. Une arthro-IRM réalisée le 11 septembre 2013 n'avait pas révélé de lésion traumatique récente et le Dr G \_\_\_\_\_ avait attesté d'une reprise d'activité le 23 septembre 2013. La Dresse F \_\_\_\_\_, consultée par l'assuré le 24 septembre 2013, avait établi une incapacité de travail dès ce jour en raison de lombalgies. La Zurich avait pris en charge l'incapacité de travail et les traitements jusqu'au 22 septembre 2013. Dès le lendemain, l'état préexistant était déterminant et le droit aux prestations en vertu de l'assurance-accidents était nié.
13. Le 13 novembre 2013, la Zurich a indiqué à l'assuré qu'après étude des rapports médicaux et l'entretien de son médecin-conseil, le docteur I \_\_\_\_\_, avec la Dresse F \_\_\_\_\_, l'activité professionnelle de l'assuré n'était pas adaptée à l'affection médicale. L'assuré était invité à trouver une solution avec son employeur ou à s'adresser à l'assurance-chômage. Il serait indemnisé selon les certificats médicaux jusqu'au 31 janvier 2014 au plus tard. Le médecin-conseil était d'avis que l'assuré disposait dès le 1<sup>er</sup> février 2014 d'une capacité de travail complète dans une activité adaptée et aucun nouvel arrêt de travail ne serait pris en charge sans élément médical nouveau.
14. Selon les décomptes du 14 novembre 2013 et du 10 mars 2014, la Zurich, intervenant en qualité d'assureur d'indemnités journalières en cas de maladie, a versé à l'employeur de l'assuré des indemnités journalières correspondant à une incapacité de travail totale du 24 octobre au 27 novembre 2013.
15. L'assuré s'est opposé à la décision de la Zurich par courrier du 26 novembre 2013. Il a indiqué que son dossier était en cours de réexamen par la Suva et a sollicité la suspension de la procédure d'opposition par la Zurich jusqu'à nouvelle décision de la Suva.

16. Le 29 novembre 2013, la Zurich a signalé à l'assuré qu'elle suspendait la procédure d'opposition relative aux prestations dues en cas d'accident jusqu'à droit connu sur la décision de la Suva.
17. Dans ses certificats respectivement datés du 28 novembre 2013 et du 6 janvier 2014, la Dresse F\_\_\_\_\_ a attesté d'une capacité de travail nulle du 28 novembre au 5 février 2014, en raison d'un accident.
18. La doctoresse J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, a procédé à une IRM lombaire et des articulations sacro-iliaques le 2 décembre 2013. Elle a constaté de très minimes troubles dégénératifs débutants sans protrusion ou hernie significative, sans fracture ou tassement identifiable, ni sténose significative du canal rachidien ou des trous de conjugaison, malgré un canal à la limite inférieure de la norme en L3-L4 et une minime empreinte disco-ostéophytaire sur la base des trous de conjugaison étagés. Il y avait un remodelé adipeux de la structure osseuse du sacrum sans argument en faveur d'un œdème, d'une fracture ou d'une autre anomalie. Les articulations sacro-iliaques étaient régulières sans remodelé sous-chondral, érosion ou épanchement. Il n'existait aucune lésion post-traumatique identifiable.
19. Par certificat du 4 février 2014, la Dresse F\_\_\_\_\_ a prolongé l'arrêt de travail résultant de l'accident au 5 mars 2014.
20. Dans son rapport du 6 février 2014, le Dr G\_\_\_\_\_ a diagnostiqué une contusion de l'épaule droite avec une impotence fonctionnelle très importante. La capacité de travail était nulle du 5 août au 22 septembre 2013 et totale dès le lendemain.
21. A la même date, la Dresse F\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assuré était tombé sur l'épaule droite. Par la suite, il s'était plaint de lombalgies « post-chutes ». La palpation osseuse était diffusément douloureuse avec une mobilisation active et passive limitée. La palpation des vertèbres L5-S1 à droite ainsi que la flexion et l'extension de la colonne étaient douloureuses. Le diagnostic était celui de lombalgies post-traumatiques et de status après entorse acromio-claviculaire droite. Elle préconisait un examen par le médecin d'arrondissement.
22. L'assuré a eu un entretien avec la Suva le 9 janvier 2014. Il a exposé qu'il n'avait jamais pu trouver un emploi correspondant à la formation qu'il avait suivie après son accident de 2002. Dans le cadre de l'assurance-chômage, il avait dû accepter un emploi ne correspondant pas à l'exigibilité. Il a précisé qu'il n'avait plus revu le Dr G\_\_\_\_\_ et que la Dresse F\_\_\_\_\_ lui avait prescrit un arrêt de travail pour maladie, soit des troubles lombaires. Il a déclaré que la Zurich, intervenant comme assurance pour indemnités journalières en cas de maladie, avait accepté de verser des prestations à ce titre jusqu'au 31 janvier 2014. L'assuré contestait les conclusions de la Zurich. Il considérait ne pas souffrir d'une maladie, mais que tous les troubles à l'épaule et au dos constituaient des suites des accidents subis. S'il ne s'agissait pas d'une suite du dernier accident de juillet 2013, il y avait lieu de les considérer comme une rechute de l'accident du 8 avril 2002. Il demandait dès lors à

la Suva d'examiner ses droits. Il n'avait jamais souffert du dos avant la dernière chute de juillet 2013, lors de laquelle il était tombé sur le côté droit et avait tout de suite eu très mal à l'épaule et au dos.

23. Dans son avis du 13 février 2014, le docteur K\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la Suva, a admis la rechute, au motif que l'événement récent avait entraîné une aggravation passagère de l'état antérieur.
24. Le 17 février 2014, la Suva a communiqué à l'assuré qu'elle ne lui verserait pas d'indemnités journalières, car il présentait une incapacité de travail complète en raison d'une maladie.
25. Par courriel du 26 février 2014, la Zurich s'est étonnée auprès de la Suva du courrier que cette dernière avait adressé à l'assuré en date du 17 février 2014. En effet, l'étiologie mentionnée dans les rapports médicaux était clairement accidentelle. Il n'y avait pas d'incapacité de travail pour maladie. La Suva devait dès lors verser à l'assuré des indemnités journalières pour accident.
26. Le 27 février 2014, la Zurich a proposé à la Suva et à l'assuré une convention aux termes de laquelle elle allouait à titre d'avance les indemnités journalières pour maladie, eu égard au doute sur la responsabilité de la Suva. En cas de prise en charge ultérieure par la Suva, ces prestations provisoires lui étaient restituées sans intérêts.
27. Par décision du 3 mars 2014, la Suva a relevé que selon son médecin d'arrondissement, les troubles qui subsistaient aujourd'hui étaient exclusivement de nature malade. Le *statu quo sine* avait été atteint le 22 septembre 2013. Ainsi, la Suva devait clore le cas au 16 mars 2014 et mettre un terme aux prestations d'assurance perçues, soit les indemnités journalières et les frais médicaux. L'assurance-maladie devrait prendre en charge un éventuel traitement médical. Copie de cette décision a été adressée à la Zurich.
28. Le 10 mars 2014, la Dresse F\_\_\_\_\_ a attesté d'une incapacité de travail totale du 5 mars au 7 avril 2014 en raison d'un accident.
29. Le 14 mars 2014, l'assuré a informé la Zurich du fait qu'il s'était opposé à la décision de la Suva. Il a également joint un certificat médical attestant d'une incapacité de travail totale pour le mois de mars 2014.
30. Par courriel du 20 mars 2014, la Suva a transmis à la Zurich l'appréciation de son médecin d'arrondissement.

Il en ressort que le Dr K\_\_\_\_\_ a examiné l'assuré le 26 février 2014. Après avoir résumé le dossier, il a relaté les déclarations de l'assuré. Celui-ci disait que le travail de jardinage réalisé pour D\_\_\_\_\_ lui occasionnait des douleurs. Il souffrait encore de douleurs dorsales et à l'épaule depuis sa chute. Il ne pouvait soulever aucune charge et avait des réveils nocturnes lorsqu'il dormait sur le côté droit. Il se plaignait de lombalgies bien localisées au niveau du rachis lombaire avec

irradiations vers la crête iliaque droite, et d'un périmètre de marche limité à 30 minutes. Il suivait des séances de physiothérapie pour ses douleurs dorsales une à deux fois par semaine, appliquait des patches antalgiques sur l'épaule et prenait des médicaments contre la douleur. Lors de l'examen clinique, le Dr K\_\_\_\_\_ a constaté que les mobilités articulaires de l'épaule droite étaient similaires à celles qui avaient été relevées par le médecin d'arrondissement lors de l'examen du 6 novembre 2003. Le statu quo sine était ainsi fixé au 22 septembre 2013. Le traumatisme lombaire survenu était à la charge de l'assureur-accidents actuel.

31. Par courrier du 24 mars 2014, la Zurich a indiqué à l'assuré qu'elle avait proposé de prendre en charge des indemnités journalières au titre de l'assurance perte de gain collective à titre provisoire, à la condition que la Suva accepte la convention de prise en charge proposée. Celle-ci ayant refusé de ratifier dite convention, une prise en charge provisoire n'était pas possible. En ce qui concernait la chute du 25 juillet 2013, la Zurich a relevé qu'elle n'avait plus de conséquences sur l'état de santé du point de vue médical. Une éventuelle incapacité de travail serait à mettre en lien avec l'accident de 2002.
32. Par demande du 12 avril 2014, l'assuré a conclu au versement d'un montant de CHF 12'000.-, correspondant aux indemnités des mois de février, mars et avril 2014 avec intérêts à 5 % l'an dès le 15 mars 2014, date moyenne. Il a affirmé que conformément à la législation sur les assurances sociales, il appartenait à la Zurich de prester dans l'attente de la décision de la Suva, qu'il avait contestée. Il a soutenu que ces assurances ne contestaient pas la réalité des certificats d'incapacité de travail qu'il leur avait régulièrement transmis.
33. Dans sa réponse du 12 mai 2014, la défenderesse a conclu, sous suite de dépens, au rejet de la demande. Elle a affirmé qu'en tant qu'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie, elle n'était pas soumise aux dispositions légales régissant la prise en charge provisoire des prestations entre diverses assurances sociales. Les assureurs privés et sociaux réglent ce type de cas par une convention ad hoc, qui reposait sur une base volontaire. En l'absence d'accord de la Suva, elle ne pouvait cependant pas venir à chef. S'agissant des prestations dues en vertu de la législation sur l'assurance-accidents, elles devaient être réglées dans les procédures correspondantes en cours tant auprès de la Suva que de la défenderesse. A défaut de convention ad hoc, la défenderesse n'avait ni l'obligation ni la possibilité de servir des indemnités journalières pour cause de maladie, dès lors que les certificats médicaux faisaient tous état d'un accident. En admettant l'existence d'une incapacité de travail pour cause de maladie, il conviendrait d'examiner dans quelle mesure une couverture d'assurance pourrait être reconnue, le demandeur ayant quitté le cercle des assurés au 31 décembre 2013.
34. Par écriture du 12 juin 2014, le demandeur a fait parvenir à la chambre de céans les pièces suivantes en complément à son recours :

- 
- rapport du 21 mai 2014 du docteur L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation, qui a posé le diagnostic d'arthrose acromio-claviculaire droite sur status post entorse acromio-claviculaire de l'épaule droite le 25 juillet 2013 et relevé dans l'anamnèse que les douleurs de l'épaule droite ne s'amélioraient pas malgré les traitements conservateurs. Le Dr L\_\_\_\_\_ préconisait une infiltration écho-guidée de Kenacort au niveau de l'articulation acromio-claviculaire droite ;
  - certificat du 12 juin 2014 de la Dresse F\_\_\_\_\_ prolongeant pour une durée indéterminée l'arrêt de travail. Le document dactylographié indiquait « Maladie » sous la rubrique « Motif ». Cette mention était raturée et le mot « Accident » était rajouté à la main.
35. Dans ses déterminations du 11 juillet 2014, le demandeur a déclaré persister dans ses conclusions. Se référant aux rapports du Dr L\_\_\_\_\_ et de la Dresse F\_\_\_\_\_ respectivement datés des 21 et 9 mai 2014, il a allégué qu'il était encore en traitement en relation avec son épaule droite et son dos.
36. Le 5 décembre 2014, la chambre de céans a invité la défenderesse à produire l'avis du Dr I\_\_\_\_\_ mentionné dans son courrier du 13 novembre 2013 au demandeur ainsi que la police et les conditions générales d'assurance (CGA).
37. Le 16 décembre 2014, le demandeur a produit un certificat du Dr L\_\_\_\_\_ daté du même jour, certifiant que celui-ci le consultait toutes les six semaines et qu'il s'agissait d'une suite de l'accident du 25 juillet 2013.
38. Par courrier du 12 janvier 2015, la défenderesse a transmis à la chambre de céans une copie de la police d'assurance et des CGA, précisant que la police avait été conclue par la Genevoise Compagnie d'assurances, laquelle avait fusionné avec la défenderesse en octobre 2004. Elle a précisé qu'elle produisait les deux avis de médecins-conseil figurant au dossier.
- Le premier avis, daté du 7 novembre 2013, émane du Dr H\_\_\_\_\_. Ce médecin y a indiqué les différentes consultations et les antécédents du demandeur, et a conclu qu'il convenait de mettre un terme aux prestations le 22 septembre 2013, ce qui représentait deux mois d'évolution pour une contusion simple de l'épaule droite. Ensuite, l'état préexistant de l'épaule était déterminant. Les lombalgies dans un contexte de surcharge physique [*recte* psychique] n'étaient pas en relation de causalité avec l'événement.
- L'autre document était un formulaire du 11 décembre 2013, signé par un médecin et rapportant un entretien téléphonique avec la Dresse F\_\_\_\_\_, lors duquel elle aurait indiqué que l'IRM dorsale ne montrait « rien du tout » et aurait admis que le demandeur était apte à travailler à 100 % dans un emploi léger dès le 1<sup>er</sup> février 2014.
39. Le 29 janvier 2015, le demandeur a renoncé à se déterminer sur les pièces transmises par la défenderesse. Il a notamment produit un certificat du Dr L\_\_\_\_\_
-

du 26 janvier 2015, attestant qu'il suivait le demandeur pour ses douleurs à l'épaule droite ainsi que ses lombalgies.

40. Par courrier du 3 février 2015, la chambre de céans a transmis copie de cette écriture à la défenderesse.
41. A la même date, la chambre de céans a 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 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 1<sup>er</sup> 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 du 2 avril 1908 (LCA - RS 221.229.1).

Conformément à l'art. 35 CGA, outre le domicile suisse du preneur d'assurance, de l'assuré ou de l'ayant droit, [la défenderesse] reconnaît le lieu de son siège social comme lieu de juridiction.

Le demandeur ayant son domicile à Genève, la compétence de la chambre de céans pour juger du cas d'espèce est établie.

2. La LCA est applicable à la présente assurance, comme cela ressort notamment de l'art. 2 CGA.
3. a) 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, 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. La contestation porte sur le droit du demandeur à des indemnités journalières en raison de maladie du 1<sup>er</sup> février au 30 avril 2014.
5. Selon l'art. 5.3 CGA, l'incapacité de travail est définie comme l'incapacité totale ou partielle d'exercer son activité professionnelle habituelle, ou toute autre activité professionnelle adaptée raisonnablement exigible.

L'art. 11 let. b CGA dispose que la couverture d'assurance prend fin, pour chaque assuré, lorsqu'il quitte le cercle des assurés.

L'art. 12.1 CGA, régissant l'extinction et la prolongation du droit aux prestations, prévoit que le droit aux prestations en cours prend fin en même temps que la couverture d'assurance.

Conformément à l'art. 13.2 CGA, ayant trait au droit de passage dans l'assurance individuelle, pour bénéficier de ce droit, l'assuré doit faire valoir son droit de passage par écrit au plus tard dans les trois mois [après que l'assuré a quitté le cercle des assurés].

6. En préambule, il convient de relever que les rapports de travail du demandeur ont été résiliés pour le 31 décembre 2013, de sorte qu'il est sorti du cercle des assurés à cette date. Selon les pièces versées au dossier, le demandeur n'a pas demandé son transfert dans l'assurance individuelle.

Lorsque les conditions de l'assurance collective d'indemnités journalières selon les art. 67ss de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal; RS 832.10) prévoient que la couverture d'assurance s'éteint lors de la cessation des rapports de travail et que l'incapacité de travail perdure au-delà de cette date, des prestations ne doivent être fournies que si et tant que le travailleur concerné reste, par son passage dans l'assurance individuelle, membre de la caisse-maladie. En effet, le droit aux prestations d'un assureur-maladie est lié à l'affiliation; à l'extinction du rapport d'assurance, le droit aux prestations n'est plus donné et il est mis fin à celles éventuellement en cours (ATF 125 V 106 consid. 3). Il en va différemment dans l'assurance privée selon la LCA, dans laquelle le droit aux prestations ne dépend pas d'une affiliation. Ici, 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 (Jean-Benoît MEUWLY, La durée de la couverture d'assurance privée, thèse Fribourg 1994, p. 185). Partant, en l'absence de clauses conventionnelles limitant ou supprimant le droit aux prestations au-delà de la période de couverture, l'assuré qui, après un événement ouvrant le droit aux

prestations, sort d'une assurance collective parce qu'il cesse d'appartenir au cercle des assurés défini par le contrat, peut faire valoir son droit aux prestations également pour les suites de l'événement qui se produisent après l'extinction du rapport d'assurance (ATF 127 III 106 consid. 3).

En l'espèce, l'art. 12.1 CGA constitue une telle clause conditionnant le droit aux prestations à la poursuite de la couverture. Il apparaît ainsi que le demandeur n'a plus droit aux prestations dès le 1<sup>er</sup> janvier 2014, n'ayant pas fait valoir son droit de passage conformément à l'art. 13.2 CGA.

La demande doit ainsi être rejetée pour ce motif déjà.

7. Par surabondance, il convient de rappeler ce qui suit.

a) Selon l'art. 8 du code civil (CC ; RS 210), 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. 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). 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 128 III 271 consid. 2b/aa), qui ne doit pas être confondue avec une simple vraisemblance (ATF 130 III 321 consid. 3.3). Il y a vraisemblance prépondérante lorsqu'il est possible que les faits pertinents se soient déroulés différemment, mais que les autres possibilités ou hypothèses envisageables n'entrent pas raisonnablement en considération (arrêt du Tribunal fédéral 4A\_193/2008 du 8 juillet 2008 consid. 2.1.2). Le juge doit procéder à une appréciation d'ensemble des éléments qui lui sont apportés et dire s'il retient qu'une vraisemblance prépondérante a été établie (arrêt du Tribunal fédéral 4A\_61/2011 du 26 avril 2011 consid. 2.1.1).

b) 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 lorsqu'une prétention découlant d'une assurance complémentaire à l'assurance sociale est en jeu (arrêt du Tribunal fédéral 4A\_5/2011 du 24 mars 2011 consid. 4.2). Le principe de la libre appréciation des preuves signifie que 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 statuer sur le droit litigieux (arrêt du Tribunal fédéral 4A\_253/2007 du 13 novembre 2007 consid. 4.2). En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge 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. 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).

c) Aux termes de l'art. 61 LCA, 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). L'art. 61 LCA est l'expression du même principe général dont le Tribunal fédéral des assurances déduisait, en matière d'assurance d'indemnités journalières soumise au droit des assurances sociales, l'obligation de l'assuré de diminuer le dommage par un changement de profession lorsqu'un tel changement peut raisonnablement être exigé de lui, pour autant que l'assureur l'ait averti à ce propos et lui ait donné un délai adéquat (arrêt du Tribunal fédéral 4A\_168/2007 du 16 juillet 2007 consid. 3.2.1). Selon la jurisprudence, un délai de trois à cinq mois imparti dès l'avertissement de la caisse doit en règle générale être considéré comme adéquat (ATF 133 III 527 consid. 3.2.1 ; ATF 111 V 235 consid. 2a; SJ 2000 II 440 consid. 2b). Afin de déterminer la durée de la période d'adaptation, il convient de tenir compte des circonstances concrètes telles que la difficulté de retrouver un emploi, l'âge de l'assuré et la capacité de travail dans une activité adaptée (arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 64/04 du 29 juin 2006 consid. 4.1).

d) En l'espèce, la défenderesse a considéré que le demandeur disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès le 1<sup>er</sup> février 2014. Bien qu'aucun des rapports médicaux au dossier ne corresponde en tous points aux exigences du Tribunal fédéral en matière d'expertises médicales rappelées ci-dessus, il n'existe aucun motif de s'écarter de cette appréciation. En effet, s'agissant des troubles à l'épaule, les Drs E\_\_\_\_\_ et G\_\_\_\_\_ ont tous deux attesté d'une capacité de travail totale dès le 23 septembre 2013 pour cette atteinte et l'arthro-IRM pratiquée n'a révélé aucune lésion nouvelle. La persistance de douleurs à l'épaule depuis l'accident de 2002 n'est en particulier pas un élément nouveau justifiant une incapacité de travail dans une activité adaptée. Quant aux douleurs dorsales, il n'existe aucun substrat organique qui peut les expliquer. L'IRM du 2 décembre 2013, hormis de très minimes troubles dégénératifs, n'a mis en évidence aucune lésion. La Dresse F\_\_\_\_\_ a d'ailleurs évoqué un contexte de surcharge psychique de ces douleurs. Enfin, le fait que le Dr L\_\_\_\_\_ suive le demandeur pour ses douleurs ne suffit pas à considérer qu'elles sont incapacitantes. Dans ces conditions, une activité légère paraît possible. C'est ainsi à juste titre que la

défenderesse a invité le demandeur à changer de profession par courrier du 17 novembre 2013 et mis un terme au versement de prestations après un délai imparti à cet effet.

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

La défenderesse, qui n'est pas représentée, n'a pas droit à des dépens.

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

Le président

Irène PONCET

Mario-Dominique  
TORELLO

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