

GE_GERICHTE ATAS/1105/2020 vom 16. November 2020

GE Cour de justice, 2020-11-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1105_2020

FR: GE_GERICHTE ATAS/1105/2020 du 16 novembre 2020

IT: GE_GERICHTE ATAS/1105/2020 del 16 novembre 2020

Erwägungen

E. 1

a. Conformément à l'art. 134 al. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît des recours contre les décisions du Tribunal administratif de première instance relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-accidents obligatoire prévue par la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20), relevant de la loi fédérale sur le contrat d'assurance, du 2 avril 1908 (LCA - RS 221.229.1). b. En l'occurrence, l'art. G des CGA prévoit que la défenderesse peut être actionnée notamment au domicile Suisse de la personne assurée ou de l'ayant droit. Le domicile du demandeur étant dans le canton de Genève (art. G CGA), la compétence de la chambre de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

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).

E. 3

Le litige porte sur le droit de l'assuré à des indemnités journalières correspondant à une incapacité de travail de 100 %, du 1er juin 2016 au 31 décembre 2016, pour cause de maladie.

E. 4

Conformément à l'art. A.2 des CGA, l'assurance a pour but de protéger les personnes assurées des conséquences économiques de maladie, d'accidents et de

A/3621/2019 - 14/22 - maladies professionnelles qui se déclarent ou surviennent pendant la durée contractuelle. Est réputée maladie toute atteinte involontaire 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 (Définition 1 CGA). Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de la personne assurée à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé d'elle, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de plus de 120 jours, l'activité qui peut être exigée d'elle peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (Définition 4

CGA). L'indemnité journalière est servie pour chaque jour calendaire d'incapacité de travail d'au moins 25% constatée par un médecin. Le droit aux prestations commence à l'expiration du délai d'attente. Le délai d'attente commence à courir le jour où le médecin a constaté l'incapacité de travail, mais au plus tôt sept jours avant le premier examen médical. Comptent comme jours d'attente les jours d'incapacité de travail d'au moins 25% attestée par un médecin (art. M.1.1 CGA). L'indemnité journalière est versée pendant la durée de prestations indiquée dans la police, au plus toutefois jusqu'à l'âge final (art. L.3.3 § 1 CGA). Si le preneur d'assurance met fin à son activité indépendante ou s'il transfère son siège social à l'étranger, le contrat d'assurance prend fin (art. M.1.3 1er § CGA). Si une personne assurée perçoit déjà des prestations lorsque le contrat d'assurance expire ou prend fin, elle conserve son droit à des prestations après cette date, sous réserve de dispositions relatives à la durée de prestations et à l'âge final. Les prestations déjà versées sont prises en compte dans le calcul de la durée de prestations (art. K.2 CGA). Selon la police d'assurance conclue par les parties, en cas de maladie, une indemnité journalière de CHF 200.- est versée pendant 730 jours, moins le délai d'attente de 30 jours.

E. 5

a. 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 chambre de céans 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

A/3621/2019 - 15/22 - 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 (arrêt du Tribunal fédéral 4C.185/2003 du 14 octobre 2003 consid. 2.1). Pour toutes les prétentions fondées sur le droit civil fédéral, l'art. 8 du Code civil suisse, du 10 décembre 1907 (CC ; RS 210), 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; ATF 130 III 321 consid. 3.1 ; ATF 129 III 18 consid. 2.6 ; ATF 127 III 519 consid. 2a). Cette disposition ne prescrit cependant pas quelles sont les mesures probatoires qui doivent être ordonnées (cf. ATF 122 III 219 consid. 3c ; ATF 119 III 60 consid. 2c). Elle n'empêche pas le juge de refuser une mesure probatoire par une appréciation anticipée des preuves (ATF 121 V 150 consid. 5a). L'art. 8 CC ne dicte pas comment le juge peut forger sa conviction (ATF 122 III 219 consid. 3c ; ATF 119 III 60 consid. 2c ; ATF 118 II 142 consid. 3a). En tant que règle sur le fardeau de la preuve, il 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 et 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). En vertu de l'art. 8 CC, chaque partie doit, si la loi ne prescrit le contraire, prouver les faits qu'elle allègue pour en déduire son droit. En conséquence, la partie qui fait valoir un droit doit prouver les faits fondant ce dernier, tandis que le fardeau de la preuve relatif aux faits supprimant le droit, respectivement l'empêchant, incombe à la partie qui affirme la perte du droit ou qui conteste son existence ou son étendue. Cette règle de base peut être remplacée par des dispositions légales de fardeau de la preuve divergentes et doit être concrétisée dans des cas particuliers (ATF 128 III 271 consid. 2a/aa avec références). Ces principes sont également applicables dans le domaine du contrat d'assurance (ATF 130 III 321 consid. 3.1). En principe, un fait est tenu pour établi lorsque le juge a pu se convaincre de la vérité d'une allégation. La loi, la doctrine et la jurisprudence ont apporté des exceptions à cette règle d'appréciation des preuves. L'allègement de la preuve est alors justifié par un « état de nécessité en matière de preuve » (Beweisnot), qui se rencontre lorsque, par la nature même de l'affaire, une preuve stricte n'est pas possible ou ne peut être raisonnablement exigée, en particulier si les faits allégués par la partie qui supporte le fardeau de la preuve ne peuvent être établis qu'indirectement et par des indices (ATF 132 III 715 consid. 3.1 ; ATF 130 III 321

A/3621/2019 - 16/22 - consid. 3.2). Tel peut être le cas de la survenance d'un sinistre en matière d'assurance-vol (ATF 130 III 321 consid. 3.2) ou de l'existence d'un lien de causalité naturelle, respectivement hypothétique (ATF 132 III 715 consid. 3.2). Le degré de preuve requis se limite alors à la vraisemblance prépondérante (die überwiegende Wahrscheinlichkeit), qui est soumise à des exigences plus élevées que la simple vraisemblance (die Glaubhaftmachung). La vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ou hypothèses envisageables ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 133 III 81 consid. 4.2.2 ; ATF 132 III 715 consid. 3.1 ; ATF 130 III 321 consid. 3.3). En vertu de l'art. 8 CC, la partie qui n'a pas la charge de la preuve a le droit d'apporter une contre-preuve. Elle cherchera ainsi à démontrer des circonstances propres à faire naître chez le juge des doutes sérieux sur l'exactitude des allégations formant l'objet de la preuve principale. Pour que la contre-preuve aboutisse, il suffit que la preuve principale soit ébranlée, de sorte que les allégations principales n'apparaissent plus comme les plus vraisemblables (ATF 130 III 321 consid. 3.4). 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 (ATF 130 III 321 consid. 3.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 4A_61/2011 du 26 avril 2011 consid. 2.1.1). b. Il est de jurisprudence qu'une expertise privée n'est pas un moyen de preuve au sens de l'art. 168 al. 1 CPC, mais qu'elle doit être assimilée aux allégués de la partie qui la produit (ATF 141 III 433 consid. 2.6 p. 437 ; 140 III 24 consid. 3.3.3 p. 29). Seules doivent être prouvées les allégations qui sont expressément contestées. Une telle contestation doit être suffisamment précise afin que l'on puisse déterminer quelles sont les allégations du demandeur qui sont contestées. En d'autres termes, la contestation doit être concrète à telle

enseigne que la partie qui a allégué les faits sache quels sont ceux d'entre eux qu'il lui incombe de prouver. Le degré de la motivation d'une allégation exerce une influence sur le degré exigible de motivation d'une contestation. Plus détaillées sont certaines allégations de la partie qui a le fardeau de la preuve, plus concrètement la partie adverse doit expliquer quels sont au sein de celles-ci les éléments de fait qu'elle conteste. Le fardeau de la contestation ne saurait toutefois entraîner un renversement du fardeau de la preuve (ATF 141 III 433 consid. 2.6 p. 438 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 4A_318/2016 du 3 août 2016). En présence 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. Ce qui compte à cet égard, c'est que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des

A/3621/2019 - 17/22 - 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. En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3 p. 352 ss ; arrêt 4A_318/201 du 3 août 2016 consid. 6.1).

E. 6

En l'occurrence, le demandeur requiert le versement d'une indemnité journalière dès le 1er juin 2016 en se prévalant d'une incapacité de travail totale pour des raisons « à tout le moins psychiques », dès le 6 janvier 2016. Il invoque l'avis de la Dresse F_____ ainsi que la décision de l'OAI du 9 août 2018. Il estime ainsi avoir présenté, en raison d'un traumatisme crânien survenu le 6 janvier 2016, un effondrement somato-psychique caractérisé par la chronicisation de symptômes physiques tels que vertiges invalidants, céphalées récurrentes, douleurs lombaires récidivantes, troubles cognitifs, irritabilité, humeur dépressive, tendance au repli, troubles du sommeil, anhédonie, aboulie, sentiment de catastrophe et d'incurabilité et désir passif de mort. Ces allégations sont contestées par la défenderesse.

E. 7

Préalablement il convient de relever que, dans son jugement du 15 avril 2019, la chambre de céans a constaté que les parties admettaient que le demandeur avait mis fin à son activité de peintre en bâtiment et avait fait radier l'inscription de sa raison individuelle au RC le 2 mars 2016, de sorte que le contrat avec la défenderesse avait pris fin à cette date. Cet arrêt est entré en force. Dans le cadre de la présente procédure, le demandeur a confirmé ce point de vue en indiquant qu'il admettait l'allégué n°9 de la défenderesse, selon lequel le contrat d'assurance avait pris fin au 2 mars 2016 (réplique du 18 décembre 2019). Ce n'est que lors de l'audience de débats du 22 juin 2020 que le demandeur est revenu sur ses premières allégations, en estimant que le contrat d'assurance n'avait pas pris fin au 2 mars 2016, au motif qu'il ne lui était pas interdit de continuer de travailler. Il est douteux que cette nouvelle allégation puisse être prise en considération. Par ailleurs, le demandeur admet que

son ouvrier et lui-même ont cessé de travailler au 6 janvier 2016 et ne conteste pas la déclaration de la défenderesse selon laquelle il n'a plus payé de primes pour le contrat d'assurance- maladie collective dès janvier 2016 (procès-verbal d'audience du 22 juin 2020). Or, conformément à l'art. M.1.3 1er § CGA, si le preneur d'assurance met fin à son activité indépendante, le contrat d'assurance prend fin. Dans ces conditions il y a lieu de confirmer que le contrat d'assurance s'est éteint au 2 mars 2016.

A/3621/2019 - 18/22 - Enfin, le fait que le demandeur aurait fait radier l'inscription de sa raison individuelle au RC à la suite d'un conseil émanant de l'Hospice général ne permet pas de conclure différemment.

E. 8

a. Il incombe au demandeur d'apporter la preuve de la survenance d'une maladie antérieurement à la cessation de la couverture d'assurance, le 2 mars 2016. b. S'agissant d'une éventuelle maladie psychique, la chambre de céans, dans son arrêt du 15 avril 2019, a jugé ce qui suit : « La Dresse F_____, psychiatre traitant, a effectivement indiqué que suite à sa chute, le demandeur a présenté un syndrome post-commotionnel (F07) et des troubles de l'adaptation avec réaction mixte anxio-dépressive (F43.2) entraînant une incapacité de travail totale depuis janvier 2016. Elle a expliqué que suite au traumatisme crânien survenu en janvier 2016, les vertiges, les céphalées, la douleur lombaire récidivante, les troubles cognitifs (désorientation temporo-spatiale), les troubles mnésiques, l'irritabilité, l'humeur dépressive, la tendance au repli, les troubles du sommeil, l'anhédonie, l'aboulie, le sentiment de catastrophe et d'incurabilité ainsi qu'un désir passif de mort étaient si sévères et envahissants qu'ils avaient généré une incapacité de travail totale depuis janvier 2016 (rapports des 31 août 2016 et 9 mai 2017). Etant donné que les rapports des médecins traitants ne sont pas un moyen de preuve au sens de la jurisprudence, il convient dès lors d'apprécier la valeur des explications fournies par la Dresse F_____ au regard des autres éléments au dossier. En date du 24 février 2016, le demandeur a annoncé à la défenderesse son accident, en indiquant que le 6 janvier 2016, il avait glissé dans les escaliers, qu'il était tombé sur le dos et avait tapé la tête contre le mur. Il avait eu des douleurs au dos et à la jambe droite. La chambre de céans constate ainsi que sept semaines après l'accident, le demandeur n'a alors fait état d'aucun symptôme listé par la Dresse F_____, hormis des douleurs au dos. Par ailleurs, selon le premier rapport établi dans les suites de l'accident, non daté et joint à la déclaration d'accident du 24 février 2016, le Dr B_____ a retenu uniquement, à titre de diagnostics, une contusion discale lombaire et une discopathie lombaire mineure. En outre, il apparaît que la chute n'a pas nécessité des soins immédiats, puisque ceux-ci ont été prodigués soit le 8 janvier 2016 (déclaration d'accident du demandeur), soit le 11 janvier 2016 (rapport du Dr B_____ joint à la déclaration précitée). En outre, c'est seulement le 12 juin 2016, soit près de cinq mois après l'accident, qu'il a été fait état, pour la première fois, de la survenue, en janvier 2016, d'un traumatisme crânien engendrant une incapacité de travail à compter du 9 mai 2016 (rapport de la Dresse F_____ du 2 juin 2016). Ce médecin, qui n'a suivi le demandeur qu'à compter du 9 mai 2016, est ensuite revenue sur le début de l'incapacité de travail en expliquant, de manière contradictoire, que celle-ci remontait au mois de janvier 2016 (rapports des 31 août 2016 et 8 mai 2017). Par ailleurs, on relèvera que le Dr H_____, médecin traitant, n'a retenu dans son rapport du 1er septembre 2016, ni l'existence d'un traumatisme crânien, ni aucun des

symptômes listés par la psychiatre traitante, exception faite de lombalgies et

A/3621/2019 - 19/22 - d'un état anxio-dépressif. Or, si, comme l'a indiqué la Dresse F_____, le demandeur a effectivement présenté, en raison d'un traumatisme crânien, des vertiges, des céphalées, des troubles cognitifs (désorientation temporo-spatiale), des troubles mnésiques, une irritabilité, une humeur dépressive, une tendance au repli, des troubles du sommeil, de l'anhédonie, une aboulie, un sentiment de catastrophe et d'incurabilité ainsi qu'un désir passif de mort, si sévères et envahissants qu'ils généraient une incapacité de travail totale depuis janvier 2016, il apparaît étonnant que le Dr H_____ ne l'ait pas relevé dans son rapport du 1er septembre 2016. C'est seulement le 18 avril 2017, soit plus d'une année après la chute, que ce médecin a fait état, pour la première fois, de l'existence d'un TCC et de vertiges secondaires en lien avec l'accident assuré. La chambre de céans constate également que les investigations complémentaires effectuées durant les quatre mois qui ont suivi l'accident ont porté exclusivement sur la problématique des lombaires (cf. les constatations radiologiques effectuées par le Dr B_____ dans son rapport joint à la déclaration d'accident, le rapport du 5 septembre 2016 du Dr C_____ concernant la consultation effectuée en avril 2016 et l'imagerie lombaire du 11 mai 2016). Il paraît ainsi douteux que le demandeur ait présenté l'ensemble des symptômes listés par la Dresse F_____ et entraînant, selon ce médecin, une incapacité de travail totale dès janvier 2016, alors qu'aucun examen médical portant spécifiquement sur le traumatisme crânien n'a été entrepris. On relèvera encore que le Dr E_____ a, par rapport du 23 juin 2016, diagnostiqué un status post-TCC, avec commotion légère. Il a relevé que la chute dans les escaliers, apparemment sans gravité, n'avait donné lieu à aucune lésion objectivable à l'imagerie cérébrale effectuée le 15 juin 2016. A cet égard, force est de constater que ni la Dresse F_____, ni le Dr H_____, ni le Dr C_____ - qui se sont pourtant prononcés à la suite du rapport du Dr E_____ - n'ont contesté le diagnostic retenu (soit un status post-TCC, avec commotion légère), ni prétendu qu'une lésion avait été objectivée à l'imagerie cérébrale. La chambre de céans est ainsi d'avis que ces éléments et ces incohérences sont propres à créer un doute sérieux et à ébranler la vraisemblance prépondérante que le demandeur doit établir. S'il apparaît que la chute a pu effectivement causer un traumatisme crânien - sous la forme d'une commotion légère - le demandeur n'a toutefois pas établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que ce traumatisme a provoqué des troubles psychiques entraînant une incapacité de travail totale dès janvier 2016 et perdurant au-delà du 31 mai 2016 ». Ces considérations peuvent être reprises dans le cadre de la présente procédure, étant relevé que le demandeur n'a pas apporté d'autres pièces médicales étayant ses allégations. Au vu de ce qui précède, la preuve de la survenance d'une maladie psychique antérieurement au 2 mars 2016 n'est pas rapportée. c. S'agissant d'une éventuelle maladie somatique, force est de constater que le demandeur n'a pas allégué, à hauteur des exigences de preuve, qu'il aurait présenté une telle maladie, survenue antérieurement au 2 mars 2016 et incapacitante jusqu'au 31 décembre 2016.

A/3621/2019 - 20/22 - A cet égard, il convient de relever que la chambre de céans a jugé ce qui suit dans l'arrêt précité : « l'existence d'une incapacité de travail du 1er juin 2016 au 30 avril 2017, en raison de troubles lombaires, n'a, quoi qu'il en soit, pas été dûment constatée

par un médecin. S'il apparaît que le Dr C _____ a certes constaté des troubles lombaires et préconisé un arrêt de travail lorsque le demandeur l'a consulté en avril 2016, ce médecin a néanmoins estimé qu'une reprise progressive devait être effectuée dès que possible, renvoyant au Dr H _____ pour la suite (rapport du 5 septembre 2016). Quant au Dr H _____, ces explications n'apparaissent pas cohérentes. Dans un premier temps, ce médecin a attesté que le demandeur avait présenté notamment des lombalgies sur trouble dégénératif de la colonne lombaire avec discopathie L3-L4, L5-S1 et sacralisation L5 qui s'étaient aggravées depuis l'accident avec un état anxio-dépressif. Il avait émis un arrêt de travail à 100% du 1er mars au 1er juin 2016 (rapport du 1er septembre 2016). Ce rapport ne permet toutefois pas de déterminer si l'incapacité de travail, jusqu'au 1er juin 2016, se justifiait en raison des troubles lombaires ou uniquement en raison de l'état anxio-dépressif. Puis, près de six mois plus tard, dans un rapport daté du 18 avril 2017, le Dr H _____ est revenu, de manière contradictoire, sur l'incapacité de travail du demandeur en expliquant que ce dernier ne pouvait plus exercer son ancienne activité compte tenu de ses douleurs dorso-lombaires. On relèvera que ce médecin n'a cependant fourni aucune explication quant aux raisons pour lesquelles il s'écartait de son précédent rapport. On ajoutera encore que le rapport du 18 avril 2017 apparaît d'autant plus incohérent que ce médecin n'a retenu aucune limitation fonctionnelle liée à des troubles lombaires. Quoi qu'il en soit, le Dr H _____ n'a pas explicitement constaté une incapacité de travail totale du 1er juin 2016 au 30 avril 2017. Par ailleurs, il résulte de l'ensemble des pièces au dossier, qu'à compter du mois d'avril 2016, le demandeur n'a plus consulté de spécialiste pour ses troubles lombaires et que son médecin traitant, soit le Dr H _____, ne le traite pas pour cette affection (rapport du 18 avril 2017). Enfin, l'absence de répercussion des troubles lombaires sur la capacité de travail du demandeur a également été constatée lors de l'examen effectué par le Dr E _____ le 14 juin 2016 (rapport du 23 juin 2016, point 12). Vu l'ensemble de ces éléments, il y a lieu de conclure que le demandeur n'a pas apporté la preuve, contrairement à ce que prévoit l'art. L.3.1 des CGA, que les troubles lombaires ont eu une répercussion sur sa capacité de travail du 1er juin 2016 au 30 avril 2017. S'agissant enfin des troubles liés aux cervicales, le Dr H _____ a certes diagnostiqué une cervicalgie sur arthrose C3-C4- C5 (rapport du 1er septembre 2016) et il a ensuite indiqué avoir retenu le 1er mars 2016, suite à l'accident, le diagnostic "cervico-lombaire" (rapport du 18 avril 2017). Cela étant, aucun de ses rapports ne fait état de la répercussion de cette atteinte sur la capacité de travail du demandeur. De surcroît, les plaintes dont a fait part le demandeur au Dr E _____ le 14 juin 2016 ne concernaient pas cette partie de la colonne vertébrale (rapport du 23 juin 2016, p. 2) et le Dr C _____ n'a pas diagnostiqué de troubles liés aux cervicales (rapport du 5 septembre 2016) ».

A/3621/2019 - 21/22 - Ces considérations peuvent être reprises dans le cadre de la présente procédure, le demandeur n'ayant amené aucun autre élément médical qui permettrait de s'en écarter. Partant, le demandeur n'a pas prouvé qu'il était, pour des motifs somatiques, en incapacité de travail au-delà du 31 mai 2016. d. Enfin, le demandeur se prévaut de la décision de rente de l'OAI. Selon la motivation de celle-ci, le demandeur a présenté une incapacité de travail totale dans toute activité depuis le 6 janvier 2016. La cause de cette incapacité n'est toutefois pas mentionnée. Le demandeur ayant refusé l'apport de son dossier AI, il n'est pas possible de savoir sur quelle pièces médicales l'OAI s'est fondé pour

reconnaitre cette incapacité de travail. En particulier, la survenance d'une maladie postérieurement au 2 mars 2016 pourrait justifier la présence d'une incapacité de travail totale dans toute activité du demandeur, au sens de l'assurance-invalidité, depuis le 6 janvier 2016, compte tenu d'une atteinte d'abord due à l'accident, du 6 janvier au 31 mai 2016. En conséquence et contrairement à l'avis du demandeur, l'octroi de la rente entière d'invalidité en sa faveur dès le 1er janvier 2017 n'est pas suffisante pour prouver la survenance d'une maladie antérieurement au 2 mars 2016.

E. 9

Au vu de ce qui précède, la demande ne peut qu'être rejetée. La procédure est gratuite (art. 114 let. e CPC et art. 22 al. 3 let e. a LaCC).

A/3621/2019 - 22/22 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES
SOCIALES : Statuant À la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.