

GE_GERICHTE A/4136/2017 vom 15. April 2019

GE Cour de justice, 2019-04-15, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4136_2017

FR: GE_GERICHTE A/4136/2017 du 15 avril 2019

IT: GE_GERICHTE A/4136/2017 del 15 aprile 2019

Erwägungen

E. 6

ème Chambre En la cause LA MOBILIERE SUISSE, SOCIÉTÉ D'ASSURANCES SA, sise Bundesgasse 35, BERNE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Philippe GRUMBACH appelante contre Monsieur A_____, domicilié à GENVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Pierre-Bernard PETITAT Jugement du Tribunal administratif de première instance du 25 juin 2018 (JTAPI/614/2018) intimé EN FAIT 1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré ou l'intimé), né en 1961, exerçait à titre d'indépendant et sous la forme d'une entreprise individuelle, le métier de peintre en bâtiment et était, à ce titre, inscrit au Registre du commerce (ci-après RC). 2. Dès le 1 er septembre 2015, l'assuré a été au bénéfice d'une assurance accidents et maladie pour indépendants (police G-1317-7692) conclue avec LA MOBILIERE SUISSE, Société d'assurances S.A. (ci-après l'assureur ou l'appelante). Ce contrat était régi par la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (loi sur le contrat d'assurance, LCA - RS 221.229.1) ainsi que par les conditions générales "MobiSana, assurance accidents et maladie pour indépendants", édition 01.2012 (ci-après CGA). 3. Par déclaration d'accident du 24 février 2016, l'assuré a annoncé qu'en date du 6 janvier 2016, il avait glissé dans une cage d'escalier. Il était tombé sur le dos et avait tapé la tête contre le mur. Il avait eu des douleurs à la jambe droite et au dos. Les premiers soins avaient été prodigués le 8 janvier 2016 par le docteur B_____, spécialiste FMH en chirurgie, et il était en incapacité de travail depuis cette date. 4. L'assuré a joint un certificat médical non daté signé par le Dr B_____, selon lequel des examens radiologiques avaient été effectués. Les diagnostics retenus étaient une contusion discale L2-L3-L4 par torsion forcée et une discopathie mineure L2-L3-L4. Les premiers soins avaient été prodigués le 11 janvier 2016 et l'incapacité de travail était totale depuis le 8 janvier 2016 avec une reprise du travail complète dès le 1 er mars 2016. 5. Le 2 mars 2016, l'entreprise individuelle de l'assuré a été radiée du RC par suite de cessation de l'exploitation. 6. Suite à l'accident, l'assureur a accepté de verser l'indemnité journalière due jusqu'au 30 avril 2016, sous déduction des primes impayées. 7. Le 11 mai 2016, une imagerie par résonance magnétique (ci-après IRM) lombaire, effectuée à la demande du docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a mis en évidence une vertèbre de transition lombo-sacrée, un canal lombaire constitutionnel relativement étroit, une protrusion discale L3-L4 et L4-L5 (cette dernière étant en contact avec la racine L5 gauche), une arthrose interapophysaire postérieure avec épaississement des ligaments jaunes appuyant sur la partie latérale du fourreau dural et rétrécissant discrètement le canal dans le sens latéral expliquant la diminution du flux en L3-L4 et à moindre degré L4-L5, une arthrose inter-épineuse et un cône médullaire de topographie normale et de signal homogène (rapport du 11 mai 2016 établi par le docteur D_____, spécialiste FMH en radiologie).

7. Le 12 mai 2016, l'assureur a informé l'assuré qu'afin de statuer sur l'évolution de son incapacité de travail, il mettait en œuvre une expertise le 14 juin 2016 auprès du docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique.

8. Le 12 juin 2016, la doctoresse F_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a adressé à l'assureur un certificat concernant une incapacité de travail pour maladie de l'assuré. La cause en était un trouble de l'adaptation avec réaction anxio-dépressive (F43.2). Les premiers symptômes s'étaient manifestés en janvier 2016 et elle suivait le patient depuis le 9 mai 2016. A l'anamnèse, le médecin a indiqué que l'assuré présentait une dégradation de l'état somato-psychique suite à un traumatisme crânien en janvier 2016, chez une personne sans antécédents psychiatriques connus, avec l'apparition de symptômes anxio-dépressifs, troubles cognitifs, vertiges invalidants et des douleurs lombaires récurrentes ainsi que des céphalées récurrentes. Un traitement psychiatrique et psychothérapeutique intégré, avec des séances hebdomadaires dès le 6 juin 2016 était prodigué. L'incapacité de travail était totale depuis le 9 mai 2016 (début du traitement au cabinet) et les restrictions étaient: symptômes dépressifs sévères, somatisations sous forme de troubles cognitifs (mnésiques et de l'orientation/spatiale), des vertiges invalidants et des lombalgies-céphalées.

9. Le 15 juin 2016, une IRM cérébrale a été effectuée. L'examen a mis en évidence l'absence d'anomalie parenchymateuse ou vasculaire suspecte, un aspect modérément élargi des espaces sous-arachnoïdiens autour des deux optiques sans bombement des papilles, à corrélérer éventuellement à un fond de l'œil (rapport du 15 juin 2016 du docteur G_____, spécialiste FMH en radiologie).

10. Par rapport du 23 juin 2016, le Dr E_____, suite à l'examen effectué le 14 juin 2016, a diagnostiqué un status post-traumatisme crânio-cérébral (TCC) avec commotion légère, des lombalgies chroniques et sciatalgies gauches avec troubles dégénératifs étagés de la colonne lombaire, de l'obésité. L'expert se posait la question de l'existence de cupulolithiases gauches, de problèmes psychiatriques et d'une simulation. Il a exposé notamment que l'assuré se plaignait de vertiges latéralisés du côté gauche et d'acouphènes du côté gauche survenus depuis la chute dans les escaliers le 6 janvier 2016. Son caractère et son comportement s'étaient modifiés depuis lors. Il faisait également état de douleurs lombaires avec des irradiations dans le membre inférieur gauche. Son périmètre de marche était limité à trois minutes. Il était irritable et il lui arrivait de ne pas se souvenir de son adresse. L'expert a indiqué que l'examen clinique l'avait laissé perplexe tant le comportement de l'assuré n'était pas naturel. Il avait par conséquent contacté le médecin traitant, le docteur H_____, spécialiste FMH en médecine générale, et ils avaient convenu d'organiser des investigations complémentaires, soit un examen ORL, un examen neurologique et une IRM cérébrale. L'IRM cérébrale effectuée le 15 juin 2016 était normale. Par ailleurs, l'IRM lombaire du 11 mai 2016 ne montrait pas de lésion traumatique, ni de hernie discale. Il n'y avait pas d'élément parlant en faveur d'une lésion assimilée. L'assuré avait fait une chute le 6 janvier 2016, apparemment sans gravité, qui n'avait provoqué aucune lésion objectivable constatée à ce jour. La colonne lombaire correspondait à l'âge de l'assuré et l'IRM cérébrale était dans les normes. Plus de cinq mois s'étaient écoulés depuis la chute et les manifestations cliniques actuelles paraissaient anormalement exagérées et faisaient suspecter une simulation. S'agissant de la causalité naturelle, l'expert n'avait trouvé aucun élément objectivable pouvant entrer en considération et en relation avec l'assurance-accidents. Plus de cinq mois après l'événement, les effets d'une contusion simple ne devaient plus jouer de rôle. Partant, l'expert ne voyait pas de rapport de causalité possible entre les manifestations signalées et la chute du 6 janvier 2016.

La question d'une simulation ou de problèmes psychiatriques était ouverte. Pour déterminer si l'état de santé définitif était atteint, l'expert conseillait d'attendre les résultats complémentaires ORL et neurologique qui allaient être organisés par le médecin traitant. Enfin, l'état de la colonne vertébrale de l'assuré ne justifiait pas une incapacité de travail; il s'agissait d'un état préexistant. 11. Par courrier du 30 juin 2016, l'assureur a mis fin aux prestations au 31 mai 2016 pour les suites de l'accident du 6 janvier 2016. Selon les conclusions du Dr E_____, les effets d'une contusion simple ne jouaient plus de rôle plus de cinq mois après l'événement inaugural et il n'y avait donc plus de rapport de causalité possible entre les manifestations cliniques signalées et la chute du 6 janvier 2016. 12. Le 5 juillet 2016, l'assureur a établi un décompte de primes suite à l'annulation de la police et a versé un solde de CHF 635.55 en faveur de l'assuré. 13. Par courrier du 12 juillet 2016, l'assureur a indiqué qu'il résultait des informations reçues de la Dresse F_____ que l'assuré présentait une incapacité de travail depuis le 9 mai 2016 pour une pathologie relevant de la maladie. Etant donné que la police d'assurance avait été résiliée en date du 2 mars 2016 en raison de la cessation d'activité de l'assuré, ce dernier n'était plus au bénéfice d'une couverture d'assurance pour ce cas de maladie dès cette date. L'assureur ne pouvait donc pas verser des prestations pour l'incapacité de travail dès le 9 mai 2016. 14. Par rapport du 31 août 2016, la Dresse F_____ a attesté que l'assuré présentait, à la suite de l'accident du 6 janvier 2016, des troubles psychiques dont la sévérité justifiait une incapacité de travail totale depuis lors. Les diagnostics étaient un syndrome post-commotionnel (F07) et des troubles de l'adaptation avec réaction mixte anxio-dépressive (F43.2). Suite au traumatisme crânien survenu en janvier 2016, elle notait un effondrement somato-psychique caractérisé par la chronicisation de symptômes physiques tels que vertiges invalidants, céphalées récurrentes, douleur lombaire récidivante, par des troubles cognitifs tels que désorientation temporo-spatiale et troubles mnésiques, et par l'installation progressive de symptômes psychiques et comportementaux tels que irritabilité, humeur dépressive, tendance au repli, troubles du sommeil, anhédonie, aboulie, sentiment de catastrophe et d'incurabilité, désir passif de mort. La sévérité des symptômes et leur caractère envahissant et invalidant généraient une incapacité de travail totale, soit à 100%, depuis janvier 2016. Le médecin a précisé que son rapport du 12 mai 2016 semblait avoir généré un malentendu. Elle y avait indiqué une incapacité de travail totale depuis le 9 mai 2016. Cette date se référait au status du patient au début de la prise en charge par elle-même et n'avait aucun rapport avec la date à laquelle les troubles psychiques invalidants s'étaient manifestés pour la première fois, soit en janvier 2016. 15. Par rapport du 1 er septembre 2016, le Dr H_____ a diagnostiqué un état anxio-dépressif réactionnel, une hypertension labile, des lombalgies sur trouble dégénératif de la colonne lombaire avec discopathie L3-L4, L5-S1 et sacralisation L5, une cervicalgie sur arthrose C3-C4-C5 et un état psychique labile. Les lombalgies s'étaient aggravées depuis l'accident avec un état anxio-dépressif réactionnel. Un arrêt de travail total avait été émis du 1 er mars au 1 er juin 2016. Les limitations fonctionnelles étaient le port de charges, la station debout prolongée, ainsi qu'un état psychique labile. 16. Par courrier du 5 septembre 2016 adressé à l'assureur, le Dr C_____ a confirmé que l'assuré l'avait consulté en avril 2016 en raison de la persistance d'un syndrome lombo-vertébral avec irradiations dans la fesse et la cuisse gauche survenu suite au traumatisme en janvier 2016. L'IRM du 11 mai 2016 avait confirmé un CLE relatif sur protrusions discales en L3-L4 et en L4-L5 appuyant sur la racine L5 gauche. Vu son activité professionnelle, un arrêt de travail avait été préconisé

avec reprise progressive dès que possible, la suite relevant du Dr H_____. Enfin, le Dr E_____ était libre de son appréciation.![endif]>![if> 17. Par courriers du 16 septembre 2016 au Dr C_____ et du 19 octobre 2016 à l'ASSUAS, l'assureur a maintenu sa position, considérant qu'il n'y avait pas d'éléments nouveaux.![endif]>![if> 18. Le 18 avril 2017, le Dr H_____ a répondu à un questionnaire de l'ASSUAS. Il a indiqué qu'il soignait l'assuré pour son hypertension artérielle, un diabète de type II et du cholestérol. Ses diagnostics étaient: « cf. le 01.03.2016 suite à son accident: contusion, entorse, cervico-lombaire, TCC, vertiges secondaires, lombosciatalgie gauche L5 sur hernie discale, choc post-traumatique ». Le médecin avait prescrit la prise de Lodin 600, Brufen 800, Betaserc et un suivi spécialisé pour son choc post-traumatique chez un psychiatre.![endif]>![if> Depuis le 1 er mars 2016, en raison de ses affections l'assuré présentait les limitations suivantes : des vertiges, HTA labile et un état anxio-dépressif réactionnel sur choc post-traumatique. La capacité de travail de l'assuré était nulle en tant que peintre en bâtiment; il ne pouvait plus effectuer son travail à cause des vertiges et des douleurs dorso-lombaires. Le pronostic était mauvais et une demande AI était en cours. 19. Le 8 mai 2017, la Dresse F_____ a rappelé les diagnostics et ses explications exposés dans son précédent rapport. La compliance médicamenteuse était bonne. L'évolution était peu favorable à présent et le pronostic restait réservé. L'incapacité de travail dans l'activité de peintre en bâtiment était totale. ![endif]>![if> 20. Le 11 mai 2017, l'assuré a saisi la chambre de céans d'une demande en paiement dirigée contre l'assureur, concluant à ce qu'il soit condamné à lui verser les indemnités journalières du 1 er juin 2016 au 30 avril 2017 à la suite de l'accident du 6 janvier 2016.![endif]>![if> 21. Par arrêt du 3 juillet 2017, la chambre de céans a déclaré la demande irrecevable (ATAS/606/2017). ![endif]>![if> 22. Le 17 juillet 2017, l'assuré a déposé une requête en conciliation auprès du Tribunal civil qui, en date du 27 septembre 2017, lui a délivré l'autorisation de procéder dans un délai de trois mois.![endif]>![if> 23. En date du 11 octobre 2017, l'assuré a déposé auprès du Tribunal administratif de première instance (ci-après le TAPI) une requête à l'encontre de l'assureur concluant, sous suite de frais et dépens, au paiement de CHF 6'000.- avec intérêts de 5% dès le 30 juin 2016, CHF 6'200.- avec intérêts de 5 % dès le 31 juillet 2016, CHF 6'200.- avec intérêts de 5 % dès le 31 août 2016, CHF 6'000.- avec intérêts de 5 % dès le 30 septembre 2016, CHF 6'200.- avec intérêts de 5 % dès le 31 octobre 2016, CHF 6'000.- avec intérêts de 5 % dès le 30 novembre 2016, CHF 6'200.- avec intérêts de 5 % dès le 31 décembre 2016, CHF 6'200.- avec intérêts de 5 % dès le 31 janvier 2017, CHF 5'600.- avec intérêts de 5 % dès le 28 février 2017, CHF 6'200.- avec intérêts de 5 % dès le 31 mars 2017 et CHF 6'000.- avec intérêts de 5 % dès le 30 avril 2017.![endif]>![if> L'assuré a fait valoir que depuis son accident le 6 janvier 2016, il était en incapacité de travail. Conformément à la police d'assurance, l'assureur restait lui devoir les indemnités journalières du 1 er juin 2016 au 30 avril 2017, soit un total de CHF 66'800.-, plus intérêts à 5% à la fin de chaque échéance mensuelle correspondante. La chute du 6 janvier 2016 avait causé un traumatisme crânien, entraînant un effondrement somato-psychique selon la Dresse F_____ et une incapacité de travail totale. Le Dr H_____ avait également constaté une incapacité de travail en raison de lombalgies sur trouble dégénératif et d'une cervicalgie sur arthrose C3-C4-C5. Le Dr C_____ avait aussi confirmé la persistance de troubles somatiques et d'une incapacité de travail en raison de l'accident. En ne versant les indemnités journalières que jusqu'au 31 mai 2016, alors que l'incapacité de travail avait perduré postérieurement à cette date, comme attesté par ses médecins, l'assureur avait violé le contrat d'assurance. L'expertise du Dr E_____ appelait à des investigations complémentaires puisque ce médecin avait proposé

un examen ORL, un examen neurologique et une IRM cérébrale. Partant, l'expertise n'avait pas pleine valeur probante. Le lien de causalité naturelle et adéquate entre l'accident et les troubles dont il souffrait devait être admis et c'était à tort que l'assureur avait considéré que les certificats médicaux des médecins traitants n'avaient pas de valeur probante. 24. Par réponse du 29 novembre 2017, l'assureur a conclu au rejet de la demande, sous suite de frais et dépens. 25. L'assuré avait mis fin à son activité en qualité de peintre en bâtiment indépendant et avait fait radier sa raison individuelle du registre du commerce le 2 mars 2016. Cette cessation d'activité avait automatiquement mis fin au contrat d'assurance avec effet à cette date. Partant, l'état dépressif dont faisait état l'assuré depuis le 9 mai 2016 était hors du champ temporel de la couverture d'assurance. Par ailleurs, l'existence d'un lien de causalité entre les plaintes de l'assuré et l'accident était formellement contestée. Le rapport du Dr E_____ démontrait qu'à la date de l'expertise, l'intéressé ne présentait plus aucun trouble lié à l'accident du 6 janvier 2016 ainsi que l'absence de lien de causalité entre cet accident et les manifestations signalées par l'assuré. Rien ne permettait de fonder la thèse selon laquelle celui-ci souffrirait de troubles psychiques suite à l'accident en question. Il s'agissait là d'un accident bénin qui n'avait donné lieu à aucune lésion objectivable. Partant, l'assureur était fondé à mettre un terme à ses prestations au 31 mai 2016. Enfin, compte tenu de l'absence de lien de causalité, il n'était pas nécessaire d'examiner plus avant la réalité des troubles dont se prévalait, sur la durée, l'assuré et leur impact sur sa capacité de gain. 26. Lors de l'audience de débats d'instruction et de premières plaidoiries qui s'est tenue le 17 janvier 2018 devant le TAPI, le conseil de l'assuré s'est déterminé sur les allégués de l'assureur. Pour le surplus, il a persisté dans les termes de sa demande, précisant que si l'incapacité de gain relevait de la maladie plutôt que de l'accident, il se réservait la possibilité d'agir devant l'instance compétente. Il sollicitait l'audition de la Dresse F_____ ainsi que d'un représentant de l'Hospice général. 27. L'assuré a indiqué avoir été particulièrement surpris du déroulement de l'expertise devant le Dr E_____, celle-ci n'ayant duré que trois minutes. Les parties ont plaidé et persisté dans leurs conclusions. Sur quoi, le TAPI a rendu une ordonnance de preuves rejetant la demande d'acte d'instruction. 28. Par courriers des 5 et 7 mars 2018, les parties se sont déclarées d'accord de renoncer aux plaidoiries orales et ont requis le dépôt de plaidoiries écrites. 29. Le 29 mars 2018, l'assuré a repris pour l'essentiel l'argumentation développée dans sa demande. Il a ajouté que c'était sur le conseil de l'assureur qu'il s'était adressé à l'Hospice général, lequel lui avait indiqué que pour percevoir des prestations d'assistance, il devait préalablement faire radier son inscription comme indépendant du RC. Par ailleurs, l'assureur ne s'était pas prononcé sur la proposition du Dr E_____ de pratiquer des investigations complémentaires. De plus, son rapport n'avait pas pleine valeur probante dès lors qu'il était en contradiction avec les avis des Drs F_____, H_____ et C_____. Pour le surplus, il a persisté dans ses conclusions tout en concluant subsidiairement à la mise en œuvre d'investigations médicales complémentaires afin de déterminer la gravité des troubles physiques et psychiques et leur rapport de causalité avec l'accident du 6 janvier 2016. 30. Dans ses plaidoiries écrites du 29 mars 2018, l'assureur a persisté dans son argumentation et les conclusions de sa réponse. 31. Par jugement du 25 juin 2018, le TAPI a déclaré recevable la demande en paiement déposée le 11 octobre 2017, l'a admise et a condamné l'assureur à payer à l'assuré la somme de CHF 66'800.- plus intérêts à 5% dès le 11 mai 2017 et une indemnité de CHF 9'200.- à titre de dépens, TVA et débours inclus. La procédure était gratuite et les parties étaient déboutées de toutes autres conclusions (JTAPI/614/2018). 32. Le TAPI a rejeté les conclusions visant à la

mise en œuvre d'investigations médicales complémentaires formulées par l'assuré le 29 mars 2018, dès lors qu'elles avaient été invoquées de manière tardive et étant rappelé que la procédure ordinaire était applicable. Sur le fond, le TAPI a retenu comme établi que le contrat d'assurance avait pris fin le 2 mars 2016. Par ailleurs, vu le caractère incomplet de l'avis du Dr E_____ sur les affections dont se plaignait l'assuré et l'absence des examens complémentaires préconisés, aucune valeur probante ne pouvait être attribuée à son rapport pour mettre en doute les attestations du psychiatre et du médecin traitants. Par conséquent, l'assureur n'avait pas apporté, comme il lui appartenait de le faire, la contre-preuve de l'absence de causalité naturelle entre l'atteinte dommageable et les atteintes à la santé de l'assuré, ni celle de l'inexistence d'une incapacité de travail. Ainsi, il était établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'incapacité de travail de l'assuré s'était maintenue à 100% du 1^{er} juin 2016 au 30 avril 2017 en raison des symptômes somato-psychiques qui étaient déjà incapacitants avant la fin du contrat au 2 mars 2016. Partant, l'assureur était tenu de verser les indemnités journalières du 1^{er} juin 2016 jusqu'au 30 avril 2017. 30. Par acte du 28 août 2018, l'assureur a fait appel de ce jugement, concluant, sous suite de frais et dépens de première instance et d'appel, à son annulation et au déboutement de l'assuré de toutes ses conclusions. 31. Selon l'appelante, le TAPI avait renversé de manière inadmissible le fardeau de la preuve. Si les certificats médicaux étaient de simples allégations sans valeur probante, alors l'intimé n'avait pas apporté la preuve dont il portait le fardeau, ce qui aurait dû conduire à son déboutement. Par ailleurs, le TAPI avait apprécié arbitrairement les certificats, les rapports médicaux et les faits de la cause. Il ne pouvait pas retenir sur la base des rapports de la Dresse F_____ que l'intimé souffrait de troubles psychiques en lien avec l'accident. Les rapports du Dr H_____ et du Dr C_____ ne permettaient pas non plus de démontrer que les atteintes dont souffrait l'intimé après le 31 mai 2016 étaient en lien avec l'accident. Par ailleurs, contrairement à ce qu'avait retenu le TAPI, le Dr E_____ avait clairement répondu que l'intimé ne souffrait plus, à la date de l'expertise, des troubles liés à l'accident. Son expertise établissait l'absence de causalité entre l'événement et les manifestations signalées par l'intimé. Enfin, s'agissant des troubles psychiques, les rapports n'avaient jamais relevé de tels problèmes avant le 9 mai 2016. L'intimé avait fait évoluer ses déclarations au gré de ses revendications et le Dr E_____ avait évoqué une éventuelle simulation. L'intimé n'avait pas démontré l'existence d'un lien de causalité entre les troubles et l'accident, alors que le fardeau de la preuve était à sa charge. 31. Le 10 septembre 2018, le TAPI a indiqué ne pas avoir d'observations à formuler. 32. Par réponse du 2 octobre 2018, l'intimé a conclu, sous suite de frais et dépens de première instance et d'appel, au déboutement de l'appelante de toutes ses conclusions et à la confirmation du jugement entrepris. C'était à juste titre que le TAPI avait considéré comme un allégué de fait l'expertise du Dr E_____. Cette expertise contenait des incertitudes et avait été établie sur un dossier incomplet étant donné qu'il manquait le rapport de la Dresse F_____ et que des investigations complémentaires devaient être faites. Or, les médecins traitants avaient attesté l'existence d'un traumatisme crânien en lien de causalité naturelle avec le sinistre assuré. Les certificats des trois médecins traitants avaient pleine valeur probante et établissaient qu'il souffrait en raison du traumatisme crânien survenu le 6 janvier 2016 d'un effondrement somato-psychique générant une incapacité de travail totale depuis janvier 2016 et au-delà du 31 mai 2016. Son incapacité de travail était aussi due aux lombalgies sur trouble dégénératif de la colonne lombaire et à une cervicalgie sur arthrose comme l'avait expliqué le Dr H_____. Le lien de causalité naturelle et adéquat était établi et l'expertise du Dr E_____ n'avait pas pleine

valeur probante. Partant, c'était à juste titre que le TAPI avait retenu que l'expertise n'avait pas permis de mettre en doute les attestations du psychiatre et des médecins traitants. Le fait que les rapports médicaux aient été établis plusieurs mois après l'accident n'était pas suffisant pour leur dénier toute valeur probante. Par conséquent, l'appelante n'avait pas prouvé, conformément au fardeau de la preuve qui lui incombait, la fin de l'incapacité de travail résultant de l'accident. 33. Par réplique du 2 novembre 2018, l'appelante a persisté dans ses conclusions. 34. Par duplique du 6 décembre 2018, l'intimé a également persisté dans ses conclusions, précisant qu'il avait été mis au bénéfice d'une rente entière de l'assurance-invalidité dès le 1^{er} janvier 2017 en raison d'une incapacité de travail totale dès le 6 janvier 2016, date de l'accident. 35. Sur quoi, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 1. 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). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. Interjeté dans le délai utile de trente jours compte tenu de la suspension des délais du 15 juillet au 15 août 2018 inclus [art. 145 al. 1 let. b et 311 al. 1 du code de procédure civile du 19 décembre 2008 (CPC - RS 272)], suivant la forme prescrite par la loi (art. 130 et 311 al. 1 CPC), à l'encontre d'une décision finale de première instance (art. 308 al. 1 let. a CPC), et statuant sur une affaire patrimoniale dont la valeur litigieuse est supérieure à CHF 10'000.- (art. 308 al. 2 CPC), l'appel interjeté contre le jugement du TAPI du 25 juin 2018 est recevable. 3. La chambre de céans revoit la cause avec un plein pouvoir d'examen en fait et en droit (art. 310 CPC). En particulier, elle contrôle librement l'appréciation des preuves effectuée par le juge de première instance (art. 157 CPC en relation avec l'art. 310 let. b CPC) et vérifie si celui-ci pouvait admettre les faits qu'il a retenus (arrêt du Tribunal fédéral 4A_55/2017 du 16 juin 2017 consid. 5.2.3.2). 4. La maxime des débats et le principe de disposition sont applicables (art. 55 al. 1 et 58 al. 1 CPC). 5. Le litige porte sur le droit de l'intimé à des indemnités journalières correspondant à une incapacité de travail de 100 % du 1^{er} juin 2016 au 30 avril 2017 suite à son accident survenu le 6 janvier 2016. Selon le jugement querellé, le TAPI a estimé, au vu du caractère incomplet de l'avis médical du Dr E_____ et de l'absence des examens complémentaires préconisés par celui-ci, qu'aucune valeur ne pouvait être attribuée à son rapport pour mettre en doute les attestations des médecins traitants de l'intimé. Partant, l'appelante n'avait pas apporté, comme il lui appartenait de le faire, la contre-preuve de l'absence de causalité naturelle entre l'accident et les atteintes à la santé de l'intimé, ni celle de l'inexistence d'une incapacité de travail couverte par le contrat d'assurance. L'appelante reproche au TAPI d'avoir renversé le fardeau de la preuve et d'avoir procédé à une appréciation arbitraire des pièces versées au dossier, ce que l'intimé conteste. 6. Selon l'art. 33 LCA, l'assureur répond de tous les événements qui présentent le caractère de risque contre les conséquences duquel l'assurance a été conclue, à moins que le contrat n'exclue certains événements d'une manière précise, non équivoque. La LCA ne comporte pas de dispositions particulières à l'assurance d'indemnités journalières en cas d'accident, de sorte que le droit aux prestations se détermine exclusivement d'après la convention des parties (arrêt du Tribunal fédéral 4A_92/2010 du 17 mai 2010 consid. 4). 7. 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 maladies professionnelles qui se déclarent ou surviennent pendant la durée contractuelle. ¹ Est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort. Les maladies professionnelles sont assimilées aux accidents (art. 2 § 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 (art. 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. L.3.1 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. D.3 1^{er} § 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 d'accident, une indemnité journalière de CHF 200.- est versée pendant 730 jours, moins le délai d'attente de 30 jours.

8. a. L'assuré, qui veut obtenir une prestation d'assurance par suite d'un accident, doit prouver sa causalité naturelle (Roland BREHM, *L'assurance privée contre les accidents*, Berne 2001, n. 175, p. 108). Un fait est la cause naturelle d'un résultat s'il en constitue l'une des conditions sine qua non (ATF 132 III 715 consid. 2.2; ATF 122 IV 17 consid. 2c/aa). Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement en question, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire en revanche, que l'événement dommageable soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 4A_45/2009 du 25 mars 2009 consid. 2.3.1). ² Pour dire s'il y a causalité naturelle, le juge doit apprécier les preuves apportées et s'interroger, de manière purement factuelle, sur l'enchaînement des événements et le caractère indispensable, pour provoquer le résultat, du comportement invoqué à l'appui de la demande. Il appartient donc au juge d'apprécier les diverses preuves et de constater l'existence - ou l'inexistence - du rapport de causalité naturelle (cf. ATF 128 III 174 consid. 2b; ATF 128 III 180 consid. 2d).

b. Le rapport de causalité est adéquat lorsque l'acte incriminé était propre, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, à entraîner un résultat du genre de celui qui s'est produit. L'examen du lien de causalité adéquate est une question de droit (arrêt du Tribunal fédéral 4A_695/2016 du 22 juin 2017 consid. 2.1; ATF 123 III 110 consid. 3a; ATF 122 IV 17 consid. 2c/bb). Si la définition de la causalité adéquate est identique en droit des assurances sociales et en droit privé, en revanche, l'application de cette notion dans les deux domaines diverge en raison de la tâche différente des deux droits. L'assurance LAA est soumise à une loi relativement rigide, donnant assez peu de liberté au

juge (BREHM, op. cit., n° 592, p. 274). En assurance-accidents privée, le lien de causalité adéquate est en principe admis entre l'accident et toute névrose dont le lien de causalité naturelle avec la lésion est établi (BREHM, op. cit., n° 596, p. 276). 9. Chaque partie doit, si la loi ne prescrit pas le contraire, prouver les faits qu'elle allègue pour en déduire son droit (art. 8 CC).>![endif]>![if> 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. Ainsi, la partie adverse qui soutient que son obligation est éteinte, non valable ou non exigible, doit apporter la preuve des faits qui mettent fin à l'obligation, l'annihilent ou font obstacle à son exigibilité (François BOHNET, CPC annoté, 2016 ad art. 152 CPC n. 6 et les références citées). 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). L'assureur a un droit - découlant de l'art. 8 CC - à la contre-preuve; il peut chercher à démontrer des circonstances qui suscitent des doutes sérieux sur la réalité des faits qui font l'objet de la preuve principale, de manière à faire échouer celle-ci; pour que la contre-preuve aboutisse, il suffit que la preuve principale soit ébranlée et que les faits n'apparaissent par conséquent pas comme étant d'une vraisemblance prépondérante; si la contre-preuve aboutit, les faits allégués par l'ayant droit ne peuvent pas être tenus pour établis, à savoir comme étant d'une vraisemblance prépondérante, et la preuve principale est mise en échec (ATF 130 III 321 consid. 3.4; arrêt du Tribunal fédéral 4A_193/2008 du 8 juillet 2008 consid. 2.1.3; arrêt du Tribunal fédéral 4D_73/2007 du 12 mars 2008 consid. 2.2). L'art. 8 CC répartit le fardeau de la preuve pour toutes les prétentions fondées sur le droit fédéral et détermine, sur cette base, laquelle des parties doit assumer les conséquences de l'échec de la preuve (ATF 129 III 18 consid. 2.6; ATF 127 III 519 consid. 2a). L'art. 8 CC n'exclut pas la preuve par indices (ATF 127 III 248 consid. 3; ATF 122 III 219 consid. 3c; ATF 114 II 289 consid. 2a). Le juge enfreint l'art. 8 CC notamment lorsqu'il admet indûment ou nie à tort l'absence de preuve (arrêt du Tribunal fédéral 4A_48/2008 du 10 juin 2008 consid. 3.2), soit qu'il applique un degré de preuve erroné, soit qu'il tienne pour exactes les allégations non prouvées d'une partie alors qu'elles sont contestées par l'autre (ATF 130 III 591 consid. 5.4). La preuve du sinistre et de l'étendue de la prétention incombe à l'ayant droit (ATF 130 III 321 consid. 3.1; arrêt du Tribunal fédéral 4A_193/2008 du 8 juillet 2008 consid. 2.1.1; arrêt du Tribunal fédéral 4D_73/2007 du 12 mars 2008 consid. 2.2). Pour obtenir le versement d'allocations journalières pour incapacité de travail, l'assuré doit rapporter la preuve de son incapacité. Il ne s'agit pas là d'une preuve du dommage, mais seulement d'une preuve de l'étendue du droit à la prestation de l'assureur. Cette preuve est constituée par une attestation médicale, indiquant la durée et le taux d'incapacité. Si l'assureur a des doutes et trouve la durée trop longue, les CGA lui réservent généralement la possibilité de mandater son médecin de confiance ou un tiers expert pour vérifier l'incapacité physique de travail du patient. Il faut une incapacité de travail consécutive à un accident (BREHM, op. cit., n° 221, p. 126 et n° 382, p. 194). 10. a. En revanche, l'art. 8 CC ne régit pas l'appréciation des preuves, de sorte qu'il ne prescrit pas quelles sont les mesures probatoires qui doivent être ordonnées (ATF 127 III 519 consid. 2a), ni ne dicte au juge comment forger sa conviction (ATF 128 III 22 consid. 2d; ATF 127 III 248 consid. 3a) ; cette disposition n'exclut pas non plus que le juge puisse, sur la base d'une appréciation anticipée des preuves déjà disponibles, refuser l'administration d'une preuve supplémentaire au motif qu'il la tient pour impropre à modifier sa conviction (ATF 131 III 222 consid. 4.3; ATF 129 III 18 consid. 2.6).>![endif]>![if> b. Le principe de la libre appréciation des preuves est ancré à l'art. 157

CPC, qui dispose que le juge établit sa conviction par une libre appréciation des preuves administrées. Ce faisant, le juge décide d'après sa conviction subjective personnelle si les faits se sont produits ou non, c'est-à-dire s'ils sont prouvés ou non (HOHL, Procédure civile, Tome I, 2ème éd., 2016, n. 2008). Malgré ce qui précède, l'art. 168 al. 1 CPC énumère les moyens de preuve admissibles : il s'agit du témoignage, des titres, de l'inspection, de l'expertise, des renseignements écrits, de l'interrogatoire et de la déposition de partie. Cette énumération est exhaustive, le droit de la procédure civile institue ainsi un *numerus clausus* des moyens de preuve. Cela semble à première vue contredire les principes fondamentaux que sont le droit à la preuve et sa libre appréciation, mais la sécurité et l'équité requièrent que la loi détermine clairement quand et par quel moyen la preuve peut être rapportée (Message du Conseil fédéral relatif au code de procédure civile suisse du 28 juin 2006, FF 2006 I p. 6929).

c. L'expertise en tant que moyen de preuve admis au sens de l'art. 168 al. 1 let. d CPC ne vise que l'expertise judiciaire au sens de l'art 183 al. 1 CPC. Une expertise privée n'est en revanche pas un moyen de preuve mais une simple allégation de partie (ATF 141 III 433 consid. 2.5.2 et 2.5.3). Du point de vue probatoire, un rapport médical est une simple expertise privée qui n'est selon la jurisprudence pas un moyen de preuve mais une simple allégation (ATF 141 III 433 consid. 2.6; ATF 140 III 24 consid. 3.3.3; ATF 132 III 83 consid. 3.4; arrêt du Tribunal fédéral 4A_318/2016 du 3 août 2016 consid. 3.1). Les allégations précises de l'expertise privée – contestées de manière globale – peuvent apporter la preuve de leur véracité si elles sont appuyées par des indices objectifs (arrêt du Tribunal fédéral 4A_318/2016 du 3 août 2016 consid. 3.1 et 3.2). Si elles ne sont pas corroborées par de tels indices, elles ne peuvent être considérées comme prouvées en tant qu'allégations contestées (arrêt du Tribunal fédéral 4A_626/2015 du 24 mai 2016 consid. 2.5). Les mêmes principes s'appliquent mutatis mutandis aux allégations précises résultant du rapport d'un médecin traitant (cf. arrêt du Tribunal fédéral 4A_42/2017 du 29 janvier 2018 consid. 3.3.3). La jurisprudence valant en droit des assurances sociales (ATF 125 V 351) n'est ainsi pas applicable en procédure civile (ATF 141 III 433 consid. 2.6).

11. En vertu de l'art. 150 al. 1 CPC, seules doivent être prouvées les allégations qui sont expressément contestées. Une telle contestation doit être suffisamment précise pour atteindre son but, c'est-à-dire permettre à la partie adverse de comprendre quels allégués il lui incombe de prouver. Le degré de précision d'une allégation influe sur le degré de motivation que doit revêtir sa contestation. Plus les affirmations d'une partie sont détaillées, plus élevées sont les exigences quant à la précision de leur contestation. Une réfutation en bloc ne suffit pas. Le fardeau de la contestation ne saurait toutefois entraîner un renversement du fardeau de la preuve (ATF 141 III 433 consid. 2.6 et les références; arrêt précité 4A_318/2016 consid. 3.1).

12. a. 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 consid. 3.2 et les références). Tel peut être le cas de la survenance d'un sinistre (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et les arrêts cités) ou de l'existence d'un lien de causalité naturelle, respectivement hypothétique (ATF 132 III 715 consid. 3.2 et les arrêts cités). 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 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). 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. Selon la jurisprudence constante, le degré de preuve requis pour le lien de causalité naturelle est la vraisemblance prépondérante (ATF 133 III 462 c. 4.4.2 et les références citées). La causalité naturelle entre un accident et les séquelles psychiques aggravant le dommage relève du fait et doit être prouvée par l'assuré. Selon les règles ordinaires en matière de preuve, s'agissant d'une conséquence non évidente de l'accident, il faut une haute vraisemblance de causalité. Sur ce plan, la jurisprudence en matière d'assurance LAA ne diverge pas de celle régissant le droit commun. La simple possibilité d'un tel lien ne suffit pas (Roland BREHM, op. cit., n° 590, p. 274). 13. a. En l'occurrence, il n'est pas contesté par les parties que l'intimé a mis un terme à son activité de peintre en bâtiment et a fait radier l'inscription de sa raison individuelle au RC le 2 mars 2016, de sorte que le contrat avec l'appelante a pris fin à cette date. Le litige porte sur le droit de l'intimé à des indemnités journalières correspondant à une incapacité de travail de 100 % du 1^{er} juin 2016 au 30 avril 2017 suite à son accident survenu le 6 janvier 2016. Il s'agit par conséquent de déterminer si l'intimé a prouvé, avec une vraisemblance prépondérante, qu'il présentait une incapacité de travail au-delà du 31 mai 2016 en raison de troubles psychiques dus à l'accident survenu le 6 janvier 2016. En outre, dans la mesure où l'appelante a versé des indemnités journalières en raison d'une contusion discale constatée par le Dr B_____ suite à l'accident assuré, il conviendra d'examiner si elle a prouvé les faits lui permettant de mettre fin, au 31 mai 2016, au versement des prestations en lien avec cette atteinte. b. L'intimé fait valoir que la chute lui a causé un traumatisme crânien qui a généré des troubles psychiques entraînant une incapacité de travail dès janvier 2016. La Dresse F_____, psychiatre traitant, a effectivement indiqué que suite à sa chute, l'intimé 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). L'appelante conteste la survenue d'un traumatisme crânien lors de la chute du 6 janvier 2016, le fait que les troubles psychiques soient en lien avec l'accident et qu'ils aient engendré une incapacité de travail dès janvier 2016. 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, l'intimé a annoncé à l'appelante 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, l'intimé 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 de l'intimé), soit le 11 janvier 2016 (rapport du Dr B_____ joint à la déclaration précitée). En outre, c'est seulement le 2 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 l'intimé 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 1^{er} septembre 2016, ni l'existence d'un traumatisme crânien, ni aucun des symptômes listés par la psychiatre traitante, exception faite de lombalgies et d'un état anxio-dépressif. Or, si, comme l'a indiqué la Dresse F_____, l'intimé 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 1^{er} 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 l'intimé 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 l'intimé doit établir. S'il apparaît que la chute a pu effectivement causer un traumatisme crânien - sous la forme d'une commotion légère - l'intimé 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. c. L'intimé fait également valoir, en

se référant aux rapports des Drs H_____ et C_____, une incapacité de travail en raison de lombalgies sur trouble dégénératif et d'une cervicalgie sur arthrose C3-C4-C5, ce que l'appelante conteste. S'agissant des troubles lombaires, il n'est pas contesté que ceux-ci ont entraîné une incapacité de travail totale prise en charge par l'appelante sur la base de l'avis du Dr B_____, lequel a diagnostiqué une contusion discale L2-L3-L4 et une discopathie mineure L2-L3-L4 (rapport non daté joint à la déclaration d'accident du 24 février 2016). Ce faisant, l'appelante a admis l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et les troubles lombaires, de sorte qu'il convient d'examiner si elle a apporté, comme il lui appartient de le faire, la preuve que les douleurs lombaires persistant au-delà du 31 mai 2016 ne pouvaient plus être attribuées à l'événement accidentel assuré. Le Dr E_____, médecin mandaté par l'appelante, a établi, suite à l'examen de l'intimé le 14 juin 2016, un rapport en date du 23 juin 2016. Si, comme le fait valoir l'intimé, l'expert n'avait en effet pas en sa possession le rapport de la Dresse F_____ du 12 juin 2016, si des incertitudes demeuraient quant à l'existence de cupulolithiases, de problèmes psychiatriques, voire d'une simulation, et si l'expert conseillait de faire un examen ORL et neurologique (étant précisé que l'RM cérébrale du 15 juin 2016 a été effectuée avant qu'il ne rende son rapport), il n'en demeure pas moins que ce médecin, en tant que spécialiste en chirurgie orthopédique, a tout de même pu émettre son avis sur les troubles lombaires de l'intimé. Son rapport, détaillé de six pages, permet en effet de saisir le raisonnement qui l'a amené à conclure que les douleurs lombaires n'étaient alors plus en lien de causalité naturelle avec l'accident assuré. Ce médecin, qui a diagnostiqué des lombalgies chroniques et des sciatalgies gauches, avec troubles dégénératifs étagés de la colonne lombaire, a retenu que la chute, apparemment sans gravité, n'avait provoqué aucune lésion objectivable et que la colonne lombaire correspondait à l'âge de l'intimé. S'agissant de savoir si l'atteinte à la santé était en lien de causalité naturelle avec l'accident, il a exposé qu'il n'avait trouvé aucun élément objectivable pouvant entrer en considération avec l'accident. Plus de cinq mois après l'événement inaugural, les effets d'une contusion simple ne devaient plus jouer de rôle. Par conséquent, il ne voyait pas de rapport de causalité possible entre les manifestations signalées par l'intimé et la chute (rapport du 23 juin 2016, p. 5). Etant donné qu'une expertise privée est une simple allégation de partie, il convient par conséquent d'examiner si les allégations du Dr E_____ ont fait l'objet d'une contestation motivée. A la suite du rapport établi par cet expert, et après que l'appelante ait mis fin au versement des indemnités journalières au 31 mai 2016, le Dr H_____ (rapports des 1^{er} septembre 2016 et 18 avril 2017) et le Dr C_____ (rapport du 5 septembre 2016) se sont déterminés sur les atteintes de l'intimé. Or, il convient de souligner qu'aucun de ces médecins n'a ni discuté, ni contesté les allégations figurant dans le rapport établi par le Dr E_____, et en particulier, le fait que plus de cinq mois après l'accident, les effets d'une contusion simple ne jouaient plus de rôle et que les manifestations signalées par l'intimé, soit notamment les douleurs lombaires, n'étaient pas en lien de causalité avec l'accident. Par ailleurs, ni le Dr H_____, ni le Dr C_____ n'ont dûment contesté le fait que l'intimé présentait, plus de cinq mois après l'accident, exclusivement des troubles dégénératifs étagés de la colonne lombaire. En outre, la remise en cause des allégations factuelles contenues dans cette expertise privée n'a pas fait l'objet - de la part de l'intimé - d'une contestation motivée concernant l'absence, plus de cinq mois après l'accident, d'un lien de causalité naturelle entre les troubles lombaires et l'événement assuré, comme l'exige la jurisprudence. Dans de telles circonstances, les allégations précises de l'expertise privée, qui n'ont pas fait l'objet d'une contestation motivée, peuvent apporter la preuve de leur véracité si elles sont appuyées par des indices

objectifs. En l'occurrence, c'est le lieu de relever qu'aucun médecin traitant n'a prétendu que la chute du 6 janvier 2016 avait causé une lésion lombaire objectivable. De surcroît, aucun rapport médical versé au dossier ne fait état de l'existence, postérieurement au 31 mai 2016, d'un lien de causalité naturelle entre les troubles lombaires et l'accident. Au vu de ces éléments, force est de constater que l'appelante a établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les troubles lombaires persistant postérieurement au 31 mai 2016 n'étaient plus en lien de causalité naturelle avec l'accident. Par surabondance, la chambre de céans ajoutera encore que l'existence d'une incapacité de travail du 1^{er} 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 l'intimé 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 l'intimé 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 1^{er} mars au 1^{er} juin 2016 (rapport du 1^{er} septembre 2016). Ce rapport ne permet toutefois pas de déterminer si l'incapacité de travail, jusqu'au 1^{er} 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 de l'intimé 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 1^{er} 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, l'intimé 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 de l'intimé 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 l'intimé 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 1^{er} 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 1^{er} septembre 2016) et il a ensuite indiqué avoir retenu le 1^{er} 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 de l'intimé. De surcroît, les plaintes dont a fait part l'intimé 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). Par conséquent, en l'absence d'une incapacité de travail dûment établie par l'intimé, la question du lien de causalité naturelle entre une éventuelle cervicalgie et l'accident peut ainsi rester ouverte, l'intimé n'ayant pas droit à une indemnité journalière en raison de cette atteinte.

Enfin, l'intimé explique dans son écriture du 6 décembre 2018 avoir été mis au bénéfice d'une rente d'invalidité de l'assurance-invalidité depuis le 1^{er} janvier 2017, en raison d'une incapacité de travail totale dès le 6 janvier 2016, date de l'accident. La chambre de céans relèvera que ce fait ne lui est toutefois d'aucun secours. En effet, on rappellera que l'examen de la problématique de l'existence d'un lien de causalité entre l'accident et la prise en charge de ses conséquences sur la santé de l'intimé ne relève que de l'assurance-accident et est sans pertinence dans le contexte du droit à une rente en matière d'assurance-invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_427/2007 du 5 février 2008 consid. 2). Par conséquent, la reconnaissance par l'Office de l'assurance-invalidité d'une incapacité de travail dès le jour de l'accident ne suffit pas encore à démontrer l'existence, au-delà du 31 mai 2016, d'un lien de causalité naturelle entre les atteintes à la santé de l'intimé et l'accident. Compte tenu de ce qui précède, c'est à juste titre que l'appelante a mis fin au versement des prestations au 31 mai 2016 et l'intimé doit être débouté de l'entier de ses conclusions en paiement. Par conséquent, c'est à tort que le TAPI a condamné l'appelante à verser à l'intimé la somme de CHF 66'800.- plus intérêts dès le 11 mai 2017 et une indemnité de CHF 9'200.- à titre de dépens, TVA et débours inclus. 14. Le jugement du 25 juin 2018 sera donc annulé (art. 318 CPC) et la demande en paiement entièrement rejetée. 15. Pour le surplus, il n'est pas alloué de dépens à la charge de l'intimé, ni perçu de frais judiciaires (art. 22 al. 3 let. a de la loi d'application du code civil suisse et d'autres lois fédérales en matière civile du 11 octobre 2012 [LaCC - E 1 05]). 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.