

GE_GERICHTE A/4144/2016 vom 8. August 2019

GE Cour de justice, 2019-08-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4144_2016

FR: GE_GERICHTE A/4144/2016 du 8 août 2019

IT: GE_GERICHTE A/4144/2016 del 8 agosto 2019

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 08.08.2019
A/4144/2016

A/4144/2016 ATAS/692/2019 du 08.08.2019 (LCA) , PARTIELMNT ADMIS En fait En droit rÉpublique et canton de genÈve POUVOIR JUDICIAIRE A/4144/2016
ATAS/692/2019 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 8 août 2019 3 ème Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée à Genève, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Philippe GIROD demanderesse contre ASSURA SA, sise z.i. En Budron A1, Mont-sur-Lausanne défenderesse EN FAIT 1. Depuis le 1 er juillet 1995, Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1968, est affiliée auprès d'ASSURA SA (ci-après l'assureur) pour les assurances suivantes : - PHARMED, assurance obligatoire des soins, avec couverture des accidents ; - COMPLEMENTA MAXI : assurance complémentaire des soins spéciaux élargis, sans couverture accidents ; - OPTIMA : assurance complémentaire pour l'hospitalisation en division privée ou en clinique (chambre à deux lits), avec limitation du choix de l'établissement, sans couverture accidents ; - PREVISIA PLUS : assurance accidents complémentaire individuelle, prévoyant notamment le versement d'un capital-invalidité, calculé sur un montant assuré CHF 100'000.-. 2. Depuis septembre 2014, l'assurée est sans activité lucrative. 3. Le 21 décembre 2014, alors qu'elle quittait une soirée chez des amis, l'assurée a été agressée par son compagnon, aviné, qui l'a poussée au sol. 4. Souffrant notamment d'une fracture de type Garden III du col du fémur gauche, l'assurée a été admise aux hôpitaux universitaires de Genève (HUG), où les médecins du département de chirurgie ont procédé à la pose d'une prothèse totale de hanche (PTH) gauche en date du 23 décembre 2014. Les suites post-opératoires ont été favorables et sans particularité du point de vue orthopédique. Sur le plan psychique, le 7 janvier 2015, l'assurée a mentionné des idées suicidaires, ce qui a nécessité l'intervention, en urgence, des médecins de l'unité de psychiatrie de liaison, lesquels n'ont toutefois décelé aucun danger aigu, étant précisé, que l'intéressée présentait des antécédents de troubles anxio-dépressifs, ayant nécessité une hospitalisation en 2008. 5. Le 11 janvier 2015, l'assurée a porté à la connaissance de son assurance l'agression dont elle avait été victime et, le 7 septembre 2015, réalisant qu'elle pouvait prétendre des indemnités journalières, elle lui a transmis les certificats d'incapacité de travail dès le 23 décembre 2014. 6. Le 29 janvier 2015, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité de Genève (OAI) en invoquant l'atteinte à sa hanche gauche. 7. Suite à l'agression du 22 décembre 2014, l'assurée a été suivie par les médecins de l'unité interdisciplinaire de médecine et de prévention de la violence (UIMPV) des HUG. Selon leur rapport du 12 mai 2015, les violences avaient commencé dès le début de la relation de l'assurée avec son ex-compagnon, deux ans auparavant, sous la forme physique (coups de poing, coups de pied, l'assurée a indiqué avoir été tirée à terre par les cheveux, croche-pattes, morsures,

menaces avec un couteau, menaces de mort...), psychologique (contrôle, insultes dans un contexte de jalousie, insultes en public) et matérielle (habits déchirés). Lors de la prise en charge, l'assurée présentait les symptômes d'un stress aigu dans ce contexte de violences. Suite à cet état de stress, elle avait développé progressivement un épisode dépressif d'intensité moyenne, toujours en cours, ayant nécessité un suivi psychologique régulier et l'introduction d'un traitement antidépresseur et anxiolytique. Après neuf séances, en date du 12 mai 2015, son état de santé psychique s'était progressivement amélioré, mais une prise en charge médico-psychologique régulière, accompagnée d'un traitement médicamenteux restait nécessaire sur une période indéterminée. L'assurée était cependant à la recherche d'un emploi adapté à ses limitations sur le plan physique. 8. En raison du trouble dépressif récurrent, d'intensité moyenne, sans syndrome somatique, l'assurée a été hospitalisée à la Clinique genevoise de Montana, du 14 septembre au 5 octobre 2015. A teneur de la demande de prolongation de la garantie de séjour, datée du 29 septembre 2015, l'intéressée souffrait d'un trouble dépressif récurrent réactionnel à l'agression subie en décembre 2014. Dans le contexte de l'éloignement de son milieu habituel, il y avait une légère amélioration de la thymie. 9. Le 23 octobre 2015, le docteur B_____, médecin-conseil de l'assurance, a conclu à l'absence de lien de causalité entre le traitement psychiatrique et l'accident assuré. Il a en outre évoqué un statu quo au 21 juillet 2015 s'agissant de l'atteinte somatique. 10. Se fondant sur ce rapport, l'assurance a informé l'assurée, par courrier du 2 décembre 2015, que, selon elle, les lésions n'étaient plus en lien de causalité certain ou du moins probable avec l'événement assuré et qu'aucun lien de causalité adéquate ne pouvait être fait entre le traitement psychologique et l'accident assuré ; aussi, la prise en charge des suites de l'accident assuré, au titre de l'assurance complémentaire PERVISIA PLUS, prenait fin le 21 juillet 2015, la suite du traitement relevant de l'assurance-maladie. 11. Sous la plume de son conseil, l'assurée a contesté cette prise de position et réclamé la reprise du versement des prestations. 12. Le 28 avril 2016, l'assurée a transmis à son assurance copie de l'ordonnance pénale par laquelle le Ministère public avait reconnu son ex-compagnon coupable de lésions corporelles graves et condamné à une peine pécuniaire de 180 jours-amende avec sursis, d'une part, le recours déposé par elle contre cette ordonnance - rejeté par la Chambre pénale de recours (ACPR/706/20106 du 9 novembre 2016) -, d'autre part. 13. Par courrier du 2 novembre 2016, l'assurance a confirmé sa position et nié l'existence de tout lien de causalité adéquate entre l'accident assuré et les troubles psychiques. Elle estimait au surplus que plus aucune incapacité de travail ne se justifiait au-delà du 21 juillet 2015, vu la bonne évolution des lésions corporelles. L'assurance maintenait par conséquent sa « décision » du 2 décembre 2015. 14. Le 8 novembre 2016, l'assurée a sollicité de sa part une décision formelle, ce à quoi l'assurance a répondu, par courrier du 18 novembre 2016, qu'elle n'était pas tenue de rendre une décision formelle sujette à opposition en matière d'assurances complémentaires. Dans ce domaine, c'était à la personne assurée d'intenter une action devant les tribunaux compétents. 15. Le 5 décembre 2016, l'assurée (ci-après : la demanderesse), sous la plume de son conseil, a saisi la Cour de céans d'une demande en exécution des prestations, dirigée contre l'assurance (ci-après : la défenderesse). A l'appui de son action, elle relève notamment que ses médecins ont attesté d'une incapacité de travail au-delà de la période prise en charge par la défenderesse. Elle ajoute que l'OAI a considéré que son état de santé ne permettait pas la mise sur pied d'une quelconque mesure de réadaptation professionnelle. Enfin, les troubles psychiques ressortent indubitablement des constatations des médecins de l'UIMPV, pour lesquels l'état de stress aigu consécutif à l'agression a provoqué un épisode dépressif

d'intensité moyenne avec nécessité de prise en charge et de traitement sur une période indéterminée. 16. Dans sa réponse du 10 janvier 2017, la défenderesse a conclu au rejet de la demande. Se référant notamment à un rapport du 5 janvier 2017 établi par son médecin-conseil, le docteur B _____, et aux critères jurisprudentiels en matière de causalité adéquate entre un accident et des troubles non objectivables du point de vue organique, la défenderesse nie toute causalité adéquate entre l'évènement assuré et les atteintes psychiques et soutient que le statu quo ante/sine est survenu le 21 juillet 2015 s'agissant des suites somatiques. Elle produit l'avis émis par le Dr B _____. Celui-ci relate qu'à sa sortie de l'hôpital, en janvier 2015, l'assurée a été prise en charge en ambulatoire, dans le cadre d'un traitement « non médical », à des intervalles de deux à quatre semaines, dans le service de psychiatrie des HUG. A sa sortie, trois différentes benzodiazépines (Xanax, Temesta et Anxiolit) étaient prescrites, ce qui plaide pour une dépendance déjà bien établie à ces substances. Le Dr B _____ relève également qu'en septembre [2014] déjà, le médecin traitant de l'assurée lui avait prescrit 100 comprimés de Xanax 0,25 mg. Au vu de ces antécédents psychiatriques et, notamment, de l'hospitalisation de l'assurée durant trois semaines en 2008, en raison d'une dépression et d'angoisses, le médecin-conseil considère que le lien de causalité entre l'agression du 21 décembre 2014 et l'état dépressif de degré moyen qui persiste doit être nié. Si l'agression a certes temporairement aggravé une affection préexistante, elle n'en a toutefois pas changé l'orientation. Au vu de l'évolution, il faut considérer que l'état de santé psychique existant avant l'accident a été retrouvé six mois après l'évènement. Sur le plan orthopédique, le médecin note qu'en septembre 2015, l'assurée se plaignait surtout de douleurs dorsales, sans lien de causalité avec l'agression. Le traitement consécutif à l'agression et l'incapacité de travail à 100% en découlant ont perduré jusqu'au 21 juillet 2015, date à laquelle l'état après implantation d'une prothèse de hanche à cause d'une fracture du col du fémur peut être considéré comme consolidé. 17. Dans sa réplique du 10 février 2017, la demanderesse a persisté dans ses conclusions. Elle allègue souffrir, depuis son opération, de douleurs que l'encadrement médical ne comprend pas. Elle a tenté la physiothérapie, les antidouleurs, l'approche psychologique, mais rien n'y a fait. Son cas a finalement été soumis au docteur C _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, qui a fait procéder à une scintigraphie, laquelle a mis en évidence une hyperfixation linéaire (symptômes se manifestant normalement 15 à 20 ans après la pose d'une prothèse, très exceptionnellement immédiatement après la pose de celle-ci). S'agissant des troubles psychiques, elle considère qu'ils sont dus uniquement à l'agression, comme cela a été indiqué par divers médecins ; au demeurant, ils ont nécessité une hospitalisation à la clinique de Montana postérieurement à la date de statu quo définie par le médecin-conseil de la défenderesse. 18. La défenderesse, dans sa duplique le 13 mars 2017, a persisté dans ses conclusions. 19. Le 26 avril 2017, la demanderesse a produit un rapport établi le 13 avril 2017 par le docteur C _____, dont il ressort qu'un SPECT-CT (scintigraphie + CT-Scan) pratiqué le 19 décembre 2016 a montré une hyperfixation linéaire sur le versant interne et supérieur de l'interface os-prothèse en zone 6 et 7 compatible avec un granulome. Selon le praticien, cette lésion explique la persistance des douleurs depuis l'opération, douleurs injustement attribuées à un aspect psychologique et justifiant une incapacité de travail à 100% depuis l'agression. 20. Le 4 mai 2017, la Cour de céans a entendu le Dr B _____, qui s'est exprimé de manière plus approfondie sur le granulome évoqué par le Dr C _____, considérant que, s'il devait être confirmé, ce diagnostic pouvait expliquer les douleurs. S'agissant des troubles psychiques, le médecin-conseil a nié tout lien avec l'accident assuré, la demanderesse étant déjà vulnérable lors de l'agression. Elle n'était pas

guérie. Le problème était encore présent et le traitement toujours en cours. La situation socio-familiale était compliquée et ce, déjà avant l'événement assuré. 21. Le Dr C_____ a, quant à lui, été entendu le 15 juin 2017. A cette occasion, il a expliqué que l'hyper-captation linéaire à deux endroits sur la tige fémorale évoque un granulome et, par conséquent, une suspicion de descellement de la tige. La scintigraphie avait permis d'expliquer rétroactivement les douleurs dont se plaignait la demanderesse. 22. Le 31 janvier 2018, la demanderesse a produit diverses pièces, dont, notamment, un rapport d'expertise établi le 24 juillet 2017, à la demande de l'OAI, par les docteurs D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, et E_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, médecins auprès du centre d'expertises médicales (CEMed). Ceux-ci retiennent les diagnostics de fracture du col fémoral gauche, prothèse totale de hanche gauche avec vraisemblable descellement de la tige prothétique et état de stress post-traumatique, anamnestique (2015 ; avec répercussion sur la capacité de travail) et de dépendance au Xanax, relation de couple maltraitante anamnestique et troubles anxieux et dépressifs mixtes (sans répercussion sur la capacité de travail). Les limitations fonctionnelles décrites sur le seul plan orthopédique sont : la nécessité d'éviter la station assise et debout prolongée et la limitation importante du périmètre de marche. Les experts concluent à une capacité de travail nulle sur le plan orthopédique, mais entière sur le plan psychique. S'agissant plus particulièrement de l'aspect psychique, les médecins du CEMed expliquent qu'en 2008-2009, la demanderesse a présenté une symptomatologie dépressive d'intensité moyenne dans un contexte de surcharge (divorce et activité professionnelle). Elle a alors été hospitalisée pendant trois semaines à la Clinique genevoise de Montana et a bénéficié d'un traitement antidépresseur. A cette époque, elle a également développé une dépendance au Xanax. Elle a pu interrompre totalement la prise de ce médicament en 2010, mais l'a réutilisé régulièrement depuis début 2014. A partir de 2012, elle a vécu une relation de couple maltraitante avec un homme jaloux qui la surveillait et la frappait. Suite à l'agression du 22 décembre 2014, elle a développé, début 2015, une sémiologie d'état de stress post-traumatique assez caractéristique. Par la suite, cette symptomatologie a semblé s'amender progressivement et seule une certaine hypervigilance et des cauchemars ont subsisté. L'assurée a été hospitalisée à la Clinique genevoise de Montana du 11 septembre au 3 octobre 2015 ; il n'y a alors aucune prescription d'antidépresseurs, seul le traitement de Xanax étant poursuivi. Depuis lors, il n'y a eu ni traitement psychiatrique ou psychothérapeutique régulier, ni admission dans un centre de crise ou en hôpital psychiatrique. Il n'y a pas non plus eu d'abus médicamenteux ou de tentative de suicide en dehors de la menace lors de l'hospitalisation aux HUG. En conclusion, le tableau clinique est compatible avec un diagnostic de troubles anxieux et dépressifs mixtes, étant précisé que tant la symptomatologie anxieuse que la symptomatologie dépressive sont insuffisantes pour retenir un diagnostic spécifique dans ce groupe de pathologies. Il n'y a ni limitations fonctionnelles, ni incapacité de travail sur le plan psychique. 23. Le 22 mars 2018, la défenderesse a produit de brèves observations portant notamment sur le rapport des médecins du CEMed et transmis l'attestation d'assurance, ainsi que les conditions générales d'assurance et les conditions spéciales complémentaires des catégories complémentaires COMPLEMENTA MAXI, OPTIMA et PREVISIA PLUS. 24. Le 8 octobre 2018, la demanderesse a remis à la Cour de céans un tirage de la décision de l'OAI du 8 mai 2018, lui reconnaissant le droit à une rente entière à compter du 1^{er} décembre 2015. 25. Par courrier du 6 novembre 2018, la défenderesse s'est engagée à verser à l'assurée les indemnités journalières dues à compter du 22 juillet 2015 et ce, jusqu'à concurrence des 720

indemnités journalières prévues par l'assurance PREVISIA PLUS, ainsi que les allocations journalières pour son hospitalisation du 14 septembre au 3 octobre 2015 à la Clinique genevoise de Montana. Pour le surplus, elle a invité la demanderesse à préciser ses prétentions. 26. Le 5 décembre 2018, la demanderesse a pris acte de l'engagement de la défenderesse à verser les indemnités journalières jusqu'à concurrence des 720 indemnités journalières. Dès lors que 198 indemnités journalières avaient déjà été versées, elle estime que la défenderesse lui doit encore 522 indemnités, soit un montant total de CHF 31'320.-. S'y ajoutent 20 indemnités journalières en cas d'hospitalisation, soit CHF 600.-. La demanderesse demande également le versement d'un capital-invalidité de CHF 350'000.-, la perte ou l'impotence fonctionnelle d'une jambe étant considérée comme un cas d'impotence totale. Enfin, la demanderesse conclut à la prise en charge de ses frais de défense. 27. Par écriture du 7 janvier 2019, la défenderesse a rappelé reconnaître devoir verser 522 indemnités journalières, soit CHF 31'320.-, ainsi que 20 allocations journalières de CHF 30.- en cas d'hospitalisation, soit CHF 600.- mais contesté devoir un capital-invalidité de CHF 350'000.-. La défenderesse a sollicité la suspension de la cause jusqu'à stabilisation de l'état de santé de la demanderesse. Elle relève que les médecins de celle-ci, notamment le Dr C_____, ont évoqué la nécessité d'une nouvelle opération, qui devrait diminuer les douleurs et les limitations fonctionnelles. Elle en tire la conclusion qu'aucune expertise visant à déterminer une éventuelle invalidité anatomique ne peut être mise sur pied avant que la demanderesse n'ait été réopérée de la hanche gauche (changement de la tige de la prothèse totale) et que son état de santé se soit durablement stabilisé. Elle ajoute que le pourcentage de 60% au maximum n'est applicable qu'à la perte ou à l'impotence fonctionnelle complète d'une jambe au-dessus du genou. En cas d'impotence partielle, ce pourcentage doit être réduit. Enfin, s'agissant de la prise en charge des frais, elle fait remarquer que la protection juridique offerte ne concerne que la défense juridique à l'égard d'un tiers responsable, non les frais d'avocat engagés dans les procédures ouvertes à l'encontre de l'OAI, d'elle-même ou de tout autre assureur. 28. Le 18 février 2019, la demanderesse a confirmé la bonne réception du montant total de CHF 31'920.- correspondant aux indemnités journalières et aux allocations journalières d'hospitalisation. S'agissant du capital-invalidité, elle rappelle que les limitations fonctionnelles constatées par les médecins du CEMed ont conduit l'assurance-invalidité à lui reconnaître un degré d'invalidité de 100% et que les experts ont également conclu à des troubles anxieux et dépressifs, certes non invalidants. Quoiqu'il en soit, seule l'atteinte à l'intégrité - et non l'incapacité de travail - entre en considération pour le capital-invalidité. Se fondant sur un rapport du Dr C_____ du 1^{er} février 2019, la demanderesse s'oppose à la suspension sollicitée. S'agissant de l'atteinte à l'intégrité, le Dr C_____ conclut, en se référant aux tables de la SUVA, à une atteinte moyenne raisonnable de 20%. Elle argue que, dès lors qu'il s'agit d'une prothèse totale de hanche, cas qui n'est pas expressément mentionné dans lesdites tables, il convient de retenir un degré d'invalidité de 60%, sans réduction supplémentaire. Elle ajoute qu'il convient également de prendre en considération l'atteinte à son intégrité psychique, dans la mesure où le diagnostic de troubles anxieux et dépressifs mixtes a été posé par les experts. L'atteinte à l'intégrité psychique doit selon elle être estimée à 40%, ce qui conduit à un degré d'invalidité global de 100%, qui, conformément aux conditions spéciales PREVISIA PLUS, doit être majoré de 350%, de sorte que la défenderesse reste devoir un montant de CHF 350'000.- à titre de capital-invalidité. Dans son rapport du 1^{er} février 2019, le Dr C_____ indique qu'une seconde opération de la hanche n'est pas prévue et que l'état de santé de sa patiente a évolué de manière rassurante.

Sur la base d'un examen du 28 mai 2018, le Dr C_____ considère que le résultat de la prothèse n'est pas optimal et correspond à une coxarthrose d'intensité moyenne évaluée à 20% selon les tables de la SUVA, à teneur desquelles en matière d'endoprothèses, il convient d'appliquer les tables en matière d'arthrose. 29. Par écriture du 11 avril 2019, la défenderesse a conclu au rejet de la demande en tant qu'elle porte sur le versement de CHF 350'000.-. Elle admet en revanche devoir CHF 16'200.- au titre de capital-invalidité. Se fondant sur un rapport établi le 13 mars 2019 par son médecin-conseil, le docteur F_____, la défenderesse admet une atteinte à l'intégrité physique de 27%. Dès lors qu'il s'agit d'une invalidité partielle, il convient de retenir le taux de 60%, qu'il faut encore réduire. Le capital-invalidité auquel la demanderesse peut prétendre se calcule ainsi de la manière suivante : $27\% \times 60\% = 16,2\%$. La demanderesse n'ayant pas atteint l'âge de 65 ans au moment de l'accident, il convient d'appliquer la variante I (invalidité progressive). C'est ainsi un taux de 16,2% qu'il y a lieu d'appliquer, ce qui correspond à un capital de CHF 16'200.- (CHF 100'000 x 16,2%). Quant à l'atteinte à l'intégrité psychique, la défenderesse soutient qu'elle n'est pas durable selon la jurisprudence rendue en matière d'assurance-accidents obligatoire, applicable par analogie. Au demeurant, même s'il y avait lieu d'admettre le caractère durable des atteintes, la causalité adéquate devrait quoi qu'il en soit être niée. Enfin et dans tous les cas, la défenderesse rappelle qu'il n'appartient pas à la demanderesse d'estimer son atteinte à l'intégrité psychique et de la fixer à 40%. Une expertise devrait être mise en oeuvre au plus tard fin 2019. A l'appui de sa position, la défenderesse produit un rapport du Dr F_____. Celui-ci explique que la mise en place d'une prothèse totale de hanche est indiquée, entre autres, en cas de coxarthrose grave ou de fracture du col du fémur avec coxarthrose. Selon le barème de la table 5 de la SUVA - table concernant l'indemnisation pour atteinte à l'intégrité selon la LAA en cas d'arthrose -, une prothèse totale de hanche avec un bon résultat correspond à une atteinte de 20% et une prothèse totale de hanche avec un mauvais résultat à une atteinte de 40%. Selon le médecin, l'atteinte à l'intégrité, dans le cas de la demanderesse (status après prothèse totale de hanche gauche avec résultat moyen), est plus proche des 20% que des 40%, étant donné que l'intéressée présentait, lors de l'accident, une coxarthrose probablement pas grave, mais certaine. Dans le cas contraire, le traitement de la fracture du col fémoral n'aurait pas consisté en la pose d'une prothèse totale de hanche mais d'une prothèse céphalique, ne touchant pas au cotyle fémoral (pour la pose de ce dernier type de prothèse, il ne doit pas y avoir de coxarthrose). Dès lors, dans le cas de la demanderesse, il faut procéder à une pondération en fonction de la coxarthrose déjà présente lors de l'accident, raison pour laquelle le Dr F_____ retient un taux de 27% (taux obtenu en pondérant une atteinte moyenne de 30% afin de tenir compte de la coxarthrose moyenne débutante, évaluée à 10% [$100\% - 10\% / 100\% \times 30 = 27\%$]). 30. Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 1. a/aa. En matière d'assurances-accidents complémentaires, la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) prévoit deux voies de recours distinctes. Ainsi, l'art. 116 al. 2 stipule que : [Le Tribunal administratif de première instance] connaît en première instance des litiges portant sur les assurances complémentaires à l'assurance-accidents obligatoire prévue par la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981. L'art. 134 al. 2 LOJ porte sur la voie de recours et prévoit que : La Chambre des assurances sociales 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. Parallèlement à ces dispositions, l'art. 134 al. 1 LOJ stipule que : La Chambre des

assurances sociales connaît en instance cantonale unique : (...) c) des contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie obligatoire prévue par la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994. a/bb. Ainsi, en présence d'une assurance-accidents complémentaire régie par la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (loi sur le contrat d'assurance, LCA - RS 221.229.1), la voie de droit dépend de la nature de l'assurance couvrant à titre principal le risque « accident » : - S'il s'agit d'un assureur-accidents soumis à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20), l'assurance-accidents litigieuse sera considérée comme étant complémentaire à l'assurance-accidents obligatoire prévue par la LAA et l'assuré devra saisir, dans un premier temps, le Tribunal administratif de première instance (ci-après : le TAPI) conformément à l'art. 116 al. 2 LOJ, la Cour de céans étant compétente sur recours uniquement (art. 134 al. 2 LOJ). - Si le risque « accident » est couvert par une assurance-maladie sociale conformément à l'art. 8 al. 2 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10), l'assurance-accidents litigieuse sera considérée comme étant complémentaire à l'assurance-maladie obligatoire prévue par la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10) et la Cour de céans est compétente, en instance unique, pour connaître des contestations y relatives (dans un cas similaire : JTAPI/935/2016 du 19 septembre 2016 et ATAS/800/2017 du 19 septembre 2017). b. En l'espèce, la demanderesse ne travaille pas et, à ce titre, n'est pas assurée obligatoirement selon la LAA. En revanche, elle est assurée au titre de l'assurance-maladie de base (LAMal) avec couverture accidents auprès de la défenderesse (assurance Pharmed) conformément à l'art. 8 al. 2 LAMal. L'assurance-accidents Previsia Plus est par conséquent complémentaire à l'assurance-maladie obligatoire PHARMED, de sorte que la voie de droit est celle prévue par l'art. 134 al. 1 let. c LOJ. Au vu de ce qui précède, la Cour de céans est compétente *ratione materiae* pour connaître, en instance unique, de la demande du 5 décembre 2016. 2. L'art. 46a de loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (loi sur le contrat d'assurance, LCA - RS 221.229.1) prescrit que le for se définit selon la loi du 24 mars 2000 sur les fors (LFors) qui a été abrogée au 1er janvier 2011 par l'entrée en vigueur du CPC, auquel il convient désormais de se référer. Sauf disposition contraire de la loi, pour les actions dirigées contre les personnes morales, le for est celui de leur siège (art. 10 al. 1 let. a/b CPC), étant précisé que l'art. 17 al. 1 CPC consacre la possibilité d'une élection de for écrite. En l'occurrence, l'art. 20 des conditions générales pour l'assurance-maladie complémentaire (avec couverture subsidiaire de l'accident) prévoit que pour toutes les actions au sujet du contrat d'assurance, sont compétents, au choix, soit les tribunaux du domicile suisse des personnes assurées ou des ayants droit, soit ceux du siège de l'assureur. La demanderesse, qui est la personne assurée, ayant son domicile à Genève, la Cour de céans est également compétente *ratione loci* pour connaître de la présente demande. 3. Le litige portait initialement sur la poursuite du versement des indemnités journalières au-delà du 21 juillet 2015 ainsi que sur le versement des allocations journalières pour l'hospitalisation du 14 septembre au 3 octobre 2015. Par courrier 6 novembre 2018, la défenderesse a acquiescé aux conclusions précitées, en s'engageant à verser les indemnités dues à partir du 22 juillet 2015 et ce jusqu'à concurrence des 720 indemnités journalières et à verser les allocations journalières précitées. Le 8 janvier 2019, la défenderesse a versé un montant total de CHF 31'920.-, soit CHF 31'320.- d'indemnités journalières et CHF 600.- d'allocations journalières pour l'hospitalisation susmentionnées. Par courrier du 6 novembre 2018, la défenderesse a invité la demanderesse à préciser ses prétentions suite à l'accident assuré. Le 5 décembre 2018, la demanderesse a

ainsi formellement conclu au versement d'un capital-invalidité de CHF 350'000.-, montant qu'elle a confirmé le 18 février 2019. Dans ce contexte, on notera que dans la mesure où elle a invité la demanderesse à préciser ses prétentions, la défenderesse a accepté le principe de l'amplification des conclusions de la demanderesse, dont les prétentions nouvelles sont par ailleurs en lien de connexité avec ses conclusions initiales. Ainsi, les conditions d'une modification de la demande conformément à l'art. 227 al. 1 CPC sont réalisées et les conclusions de la demanderesse telles qu'augmentées au cours de procédure sont recevables. Le litige se limite ainsi au seul capital-invalidité, dont le montant est contesté par la défenderesse.

4. 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).

5. 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). Il s'agit donc d'un cas où une disposition spéciale instaure la maxime inquisitoire, en lieu et place de la maxime des débats (ATF 138 III 625 consid. 2.1).

6. a. Lorsque l'accident a causé à l'assuré une diminution probablement permanente de sa capacité de travail, l'assureur lui verse, sauf accord contraire, une indemnité sous forme de capital (art. 88 al. 1 LCA). L'invalidité se définit ainsi, si les parties n'ont rien convenu d'autre, comme une atteinte probablement définitive à l'intégrité corporelle diminuant la capacité de travail, sans qu'il soit nécessaire que l'assuré éprouve effectivement un préjudice économique ensuite de l'accident (ATF 118 II 447 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 5C.61/2003 du 23 octobre 2003 consid. 3.5). En d'autres termes, l'invalidité correspond, sauf clauses contractuelles particulières, à une incapacité de travail théorique et abstraite, établie pour la moyenne des cas, sans tenir compte de la profession de l'assuré et des circonstances du cas concret (arrêt du Tribunal fédéral 5C.19/2006 du 21 avril 2006 consid. 2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral C.457/1982 du 2 juin 1983 consid. 3b/aa in RBA XV n° 96 p. 516 s.). C'est donc la notion d'invalidité médico-théorique, indépendante de la perte de gain effective, qui trouve application en matière d'assurance complémentaire contre les accidents (arrêt du Tribunal fédéral 4A_644/2014 du 27 avril 2015 consid. 2.2). Concrètement, l'invalidité est un élément d'appréciation médicale. Le taux d'invalidité dépend d'une appréciation de l'état physique de l'assuré. Il s'agit d'estimer le taux de capacité de travail du sujet invalide par rapport à un être humain valide (Roland BREHM, *L'assurance privée contre les accidents*, Berne 2001, n° 401 p. 202).

b. Le médecin n'est toutefois pas libre dans sa fixation de l'invalidité, les conditions générales d'assurance comportant toujours des barèmes sous forme d'énumération de la valeur, en pour-cent, de l'intégrité corporelle totale de l'être humain. Lesdits barèmes énumèrent principalement la valeur de membres (jambe, bras) et les parties de ceux-ci (avant-bras, main, doigt, jambe au-dessus du genou), de certaines fonctions (perte de la vision, d'un oeil, etc.) ou de certains organes internes (perte de la rate ou d'un rein) (Roland BREHM, *op.cit.*, n° 493 et 494, pp. 237 et 238). Le montant du capital en cas d'invalidité est fixé dans la police pour l'éventualité d'une invalidité totale. En cas d'invalidité seulement partielle, le capital est réduit proportionnellement au taux d'invalidité effectif. Il appartient à l'assuré de prouver le taux de l'invalidité (Roland BREHM, *op. cit.*, n° 222 p. 127). En principe, l'importance de l'invalidité est déterminée avec l'aide d'un médecin spécialisé dans le domaine médical concerné, généralement mandaté par l'assureur

(Roland BREHM, op.cit., n° 223 p. 127 et n° 446 et 447 p. 219). c. L'assuré, qui veut obtenir une prestation d'assurance par suite d'un accident, doit également prouver sa causalité naturelle (Roland BREHM, op. cit., 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). 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). 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 (Roland 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 (Roland BREHM, op. cit., n° 596, p. 276).

7. L'art. 8 du Code civil suisse, du 10 décembre 1907 (CC; RS 210) répartit le fardeau de la preuve pour toutes les prétentions fondées sur le droit civil fédéral et détermine, sur cette base, quelle partie 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). Selon la disposition précitée, chaque partie doit, si la loi ne prescrit pas le contraire, prouver les faits qu'elle allègue pour en déduire son droit. Ainsi, 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. La partie adverse qui soutient que son obligation est éteinte, non valable ou non exigible, doit donc 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). 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 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).

8. 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). 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). 9. a. 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). b. 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). c. 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). 10. a. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). Selon l'art. 157 CPC, le tribunal établit sa conviction par une libre appréciation des preuves administrées. Ainsi, le juge n'est pas tenu de donner la priorité à certains moyens de preuves par rapport à d'autres, n'est tenu par aucune règle de pondération et forgera sa conviction sur la base de sa seule appréciation de toutes les preuves qui auront été réunies au cours de la phase probatoire (Jeandin, Nouvelles règles de procédure et procès en RC, in Journée de la responsabilité civile 2010, La preuve en droit de la responsabilité civile, Bâle 2011, p. 76). Le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (arrêt du Tribunal fédéral 4A_5/2011 du 24 mars 2011 consid. 4.2). S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt que sur une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références ; cf. également ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 4A_412/2010 du 27 septembre 2010 consid. 3.1). b. Du point de vue probatoire, une expertise privée réalisée par un médecin indépendant à la demande d'une des parties n'est pas un moyen de preuve, mais une simple allégation de partie (ATF 141 III 433 consid. 2.5.2 et 2.5.3). Il en va de même d'un rapport médical, considéré comme une simple expertise privée, ne constituant 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). Dans l'appréciation des rapports établis par le médecin traitant, le juge doit avoir égard au fait que la relation de confiance unissant un patient à son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci ; cela ne justifie cependant pas en soi d'évincer tous les avis émanant des médecins traitants. Il faut effectuer une appréciation globale de la valeur probante du rapport du médecin traitant au regard des autres pièces médicales (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_12/2012 du 20 juillet 2012 consid. 7.1). De même, le rapport d'un médecin-conseil de l'assurance a force probante pour autant qu'il soit motivé de manière convaincante, sans contradictions, et qu'il n'y ait aucun élément faisant douter de sa fiabilité. Le simple fait que le médecin consulté soit lié par un rapport de travail à la compagnie d'assurance ne suffit pas encore à douter de son objectivité ni à

soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 4A_172/2013 du 1er octobre 2013 consid. 3.3). 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). c. A teneur de l'art. 247 CPC, le tribunal amène les parties, par des questions appropriées, à compléter les allégations insuffisantes et à désigner les moyens de preuve (al. 1). Le tribunal établit les faits d'office notamment en matière d'assurances complémentaires au sens de l'art. 243 al. 2 let. f (al. 2). La maxime inquisitoire sociale permet au juge d'ordonner d'office des mesures d'instruction et de fonder son jugement sur tous les faits pertinents établis lors des débats, même si les parties ne les ont pas invoqués à l'appui de leurs conclusions (Patricia DIETSCHY, *Le devoir d'interpellation du tribunal et la maxime inquisitoire sous l'empire du Code de procédure civile suisse*, publié in RSPC 2011 p. 82 et ss). Toutefois, lorsque la partie est assistée d'un mandataire professionnel, le tribunal doit appliquer la maxime inquisitoire sociale avec retenue. S'il doit toujours attirer l'attention des parties sur les lacunes du dossier et les inviter à le compléter, il ne peut ordonner d'office des mesures d'instruction (arrêt du Tribunal fédéral 4A_522/2008 du 3 septembre 2009 in RSPC 2010, p. 12, suivi d'une note de DIETSCHY ; DIETSCHY, *ibidem*, voir également Denis TAPPY, *op. cit.*, n° 25 et 26 ad art. 247 CPC). Lorsqu'une partie est représentée par un avocat, le tribunal peut en général se fier aux compétences du représentant et partir du principe que les allégations et offres de preuve sont présentées de manière complète. Le juge n'a pas à rendre les parties attentives aux faits à alléguer et à prouver lorsqu'elles sont représentées par un avocat (BOHNET, *op. cit.*, n° 4 ad art. 247 et les arrêts cités).

11. A teneur de l'art. 11.1 des conditions spéciales Preivsia Plus (ci-après : les conditions spéciales), si l'événement accidentel a pour conséquence une atteinte importante et durable à l'intégrité physique, mentale ou psychique de l'assuré, la défenderesse paiera, en cas d'invalidité totale, un capital correspondant au montant total de la somme assurée, et en cas d'invalidité partielle, un capital réduit au montant correspondant au degré de l'invalidité. L'invalidité médico-théorique se détermine selon le chiffre 11.2. Selon l'art. 11.2 des conditions spéciales, sont considérés comme cas d'invalidité totale : la perte ou l'impotence fonctionnelle complète des deux jambes ou des deux pieds, des deux bras ou des deux mains ; la perte fonctionnelle d'un bras ou d'une main et d'une jambe ou d'un pied ; la cécité complète ; la paralysie complète ; les troubles mentaux incurables excluant toute activité professionnelle (art. 11.2.1). En cas d'invalidité partielle, le degré d'invalidité est déterminé par les pourcentages suivants de l'invalidité totale. Ainsi, la perte ou l'impotence fonctionnelle complète d'une jambe au-dessus du genou équivaut à une invalidité de 60%, la perte ou l'impotence fonctionnelle complète d'une jambe au genou ou au-dessous à 50% (art. 11.2.2). En cas de perte ou d'impotence fonctionnelle partielle, le degré d'invalidité correspondant est réduit à due concurrence (art. 11.2.3). En cas de perte ou d'impotence fonctionnelle simultanée de plusieurs parties du corps, les pourcentages correspondants sont additionnés. Cependant, aucune invalidité de plus de 100% ne sera admise (art. 11.2.4). Dans les cas non prévus ci-dessus, le degré d'invalidité sera déterminé par le médecin, en tenant compte des pourcentages susmentionnés (art. 11.2.5). Si des

parties du corps touchées par l'accident étaient déjà mutilées ou frappées d'une impotence fonctionnelle complète ou partielle, il en sera tenu compte lors de la fixation de l'invalidité assurée, par la déduction du degré d'invalidité préexistante, calculée d'après les principes ci-dessus (art. 11.2.6). Le capital invalidité est par ailleurs déterminé selon le barème suivant : variante I (invalidité progressive) pour les assurés qui au moment de l'accident n'ont pas atteint l'âge de 65 ans ; variante II (invalidité proportionnelle) pour les assurés qui au moment de l'accident ont dépassé l'âge de 65 ans (art. 11.2.7) : a. En l'espèce, s'écartant de l'appréciation de son médecin traitant, le Dr C_____, qui a retenu une atteinte à l'intégrité moyenne de 20%, la demanderesse estime que son atteinte à la hanche doit être considérée comme une perte ou une impotence fonctionnelle complète d'une jambe au-dessus du genou, de sorte que c'est un taux d'invalidité de 60% qui doit être retenu sur le plan somatique. S'y ajoute encore l'atteinte à l'intégrité psychique, laquelle peut être estimée à 40% sur la base du rapport d'expertise du CEMed du 22 juin 2017. Partant, c'est un taux d'invalidité total de 100% qui doit être pris en considération. Selon la variante I de l'art. 11.2.7 des conditions spéciales, il convient de majorer de 350% le degré d'invalidité précité, de sorte que le capital-invalidité s'élève à CHF 350'000.-. Se fondant sur l'avis de son médecin-conseil, le Dr F_____, la défenderesse a, quant à elle, retenu une atteinte de 27%. L'invalidité étant partielle, il convient de prendre en considération le degré d'invalidité de 60% qu'il faut encore réduire selon le ch. 11.2.3. Par conséquent, pour la défenderesse, le capital invalidité doit être calculé en retenant un degré de 16,2% (27% x 60% = 16,2%). Au vu de l'âge de la demanderesse, la variante I est applicable, de sorte que le degré d'invalidité est de 16,2%, soit CHF 16'200.- (CHF 100'000.- x 16,2%). Par ailleurs, la défenderesse est d'avis que, d'une part, la demanderesse ne subit pas d'atteinte durable à sa santé psychique, l'agression étant de gravité moyenne stricto sensu, ce qui exclut ipso facto le caractère durable de l'atteinte selon la jurisprudence fédérale. D'autre part, le lien de causalité adéquate fait dans tous les cas défaut. Enfin, plus subsidiairement, l'assurance estime qu'une expertise psychiatrique serait nécessaire pour trancher la question du degré d'invalidité en lien avec l'atteinte psychique. b. Conformément aux principes résultant de l'art. 8 CC, il appartient à la demanderesse de prouver le taux d'invalidité allégué (voir également BREHM, op. cit., n° 222 in fine p. 127). Il convient ainsi d'examiner si la demanderesse peut établir, à tout le moins au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'elle subit une atteinte de 60% sur le plan physique et de 40% sur le plan psychique. b/aa. Force est tout d'abord de constater que sur le plan somatique, la demanderesse prétend subir une invalidité de 60% du fait de sa prothèse totale de hanche, sans offrir la moindre preuve à l'appui de ses allégations. Bien plus, elle s'écarte de l'appréciation de son propre médecin traitant, le Dr C_____, lequel a retenu, en se fondant sur la table 5 de la SUVA, une atteinte moyenne à l'intégrité physique de 20%. A l'appui de sa position, la demanderesse invoque le fait que la prothèse totale de la hanche ne serait pas expressément mentionnée dans la table en question. C'est toutefois oublier que le terme « endoprothèse », qui y est employé à plusieurs reprises, est synonyme de prothèse interne (<http://dictionnaire.academie-medecine.fr/index.php?q=endoproth%C3%A8se>) et qu'il est expressément indiqué que le taux est identique que la prothèse soit partielle ou totale. Dans ces circonstances, la Cour de céans ne peut que constater, qu'en application de l'art. 8 CC, la demanderesse n'a pas prouvé subir une atteinte de 60%. Au demeurant, si le taux de 60% devait être reconnu, cela reviendrait à quantifier l'atteinte subie par la demanderesse au même taux que celle d'un assuré ayant subi une perte ou une impotence fonctionnelle complète de sa jambe au-dessus du genou (cf. art. 11.2.2). Or, l'atteinte dont souffre la

demanderesse n'est à l'évidence pas d'une gravité comparable, dès lors qu'elle est encore en mesure d'utiliser sa jambe. En effet, seules certaines limitations fonctionnelles (station assise ou debout prolongée et périmètre de marche limité) - et non une perte ou une impotence fonctionnelle totale - résultent de l'atteinte en question. Pour sa part, se fondant sur un rapport de son médecin-conseil, qui a évoqué une atteinte moyenne 30%, pondérée compte tenu de la préexistence d'une coxarthrose préexistante, évaluée à 10%, la défenderesse a retenu une atteinte de 27%. Dès lors que le pourcentage invoqué par la défenderesse est plus favorable à la demanderesse que celui retenu par son propre médecin traitant (20%), la chambre de céans retiendra une invalidité de 27% sur le plan physique.

b/bb. S'agissant des troubles psychiques, la demanderesse se fonde sur le rapport d'expertise du CEMed du 22 juin 2017 pour invoquer une atteinte à l'intégrité psychique de 40%. Force est de constater que l'expertise précitée ne porte à aucun moment sur la question d'une atteinte à l'intégrité et qu'elle n'examine donc ni la question du lien de causalité avec l'accident, au demeurant nié par la défenderesse ni son caractère durable et important. C'est le lieu de relever qu'antérieurement à l'agression du 22 décembre 2014, la demanderesse avait déjà souffert de troubles psychiques et qu'elle était déjà dépendante au Xanax. Par ailleurs, si les médecins ont certes évoqué un trouble anxieux et dépressif mixte, ils ont également relevé que l'état psychique de la demanderesse n'avait nécessité aucun traitement psychiatrique ou psychothérapeutique régulier ni aucune admission dans un centre de crise ou en hôpital psychiatrique depuis 2015. Il n'y avait pas non plus eu d'abus médicamenteux ou de tentative de suicide en dehors de la menace lors de l'hospitalisation aux HUG. La prise de Xanax est liée à une dépendance aux benzodiazépines, qui dure depuis début 2014 déjà. Par ailleurs, les troubles précités n'entraînaient ni limitations fonctionnelles ni incapacité de travail sur le plan psychique. L'expertise du CEMed ne permet ainsi pas de conclure que la demanderesse souffre de troubles psychiques importants et durables, en lien avec l'accident, et qui peuvent être évalués à 40% de l'intégrité corporelle totale. Dès lors qu'il s'agit de la seule offre de preuve invoquée par la demanderesse, force est de considérer que cette dernière n'a pas rendu vraisemblable une atteinte importante à la santé psychique en lien de causalité naturelle avec l'accident assuré. c. C'est donc sur la base d'une invalidité de 27% qu'il convient de calculer le capital-invalidité. Conformément à l'art. 11.2.2 des conditions spéciales, le degré d'invalidité en cas de perte ou l'impotence fonctionnelle complète d'une jambe au-dessus du genou est de 60%. En d'autres termes, la défenderesse évalue la perte ou l'impotence fonctionnelle complète d'une jambe au-dessus du genou à 60% de l'intégrité corporelle totale de l'être humain (Roland BREHM, op. cit., n° 493 p. 238). En cas de perte ou d'impotence partielle, le degré d'invalidité correspondant est réduit à due concurrence (art. 11.2.3 des conditions spéciales). En l'espèce, le médecin-conseil de la défenderesse a retenu une atteinte de 27% en se fondant sur la table 5 de la SUVA. La table 5 fait partie des tables d'indemnisation établies par la division médicale de la caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (SUVA) en vue d'une évaluation plus affinée de certaines des atteintes à l'intégrité (arrêt du Tribunal fédéral 8C_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.1.2) prévue à l'annexe 3 à l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202), laquelle comporte un barème, non exhaustif, des atteintes caractéristiques à l'intégrité, en pour-cent du montant maximum du gain assuré (Jean-Maurice Frésard / Margit Moser-Szeless, in Soziale Sicherheit - Sécurité sociale, SBVR XIV, 2016, n° 318 p. 1000). Ainsi, le taux de 27% se réfère au montant maximum assuré. Dans le cas de la demanderesse, c'est donc le taux de 27% - et non celui de 16,2% - qu'il convient de retenir. En effet, en retenant un taux de 16,2%, la défenderesse a en réalité

considéré que le Dr F _____ avait évalué l'atteinte dont souffre la demanderesse à 27% de la fonction totale de la jambe. Or, dans la mesure où il s'est fondé sur la table 5, le médecin-conseil de la défenderesse a considéré que la prothèse de la hanche correspondait à une perte de 27% de l'intégrité corporelle totale de la demanderesse. Selon l'art. 11.2.7 des conditions spécifiques, dans la mesure où la demanderesse était âgée de moins de 65 ans au jour de l'accident, le capital-invalidité est déterminé selon la variante I. Pour un degré d'invalidité médical de 27%, le capital-invalidité revient à 31% du montant de CHF 100'000.- assuré, ce qui correspond à un capital de CHF 31'000.-. Partant, c'est un capital-invalidité de CHF 31'000.- que la défenderesse doit verser à la demanderesse conformément au contrat PREVISIA PLUS et aux conditions spéciales y relatives.

12. a, La demande tendant au versement d'un capital-invalidité sera donc partiellement admise et la défenderesse sera condamnée à verser CHF 31'000.- à la demanderesse. Les cantons sont compétents pour fixer le tarif des frais comprenant les dépens (art. 96 CPC en relation avec l'art. 95 al. 3 let. b). À Genève, le règlement fixant le tarif des frais en matière civile du 22 décembre 2010 (RTFMC - E 1 05.10) détermine notamment le tarif des dépens, applicable aux affaires civiles contentieuses (art. 1 RTFMC). La demanderesse, représentée par un conseil, obtenant partiellement gain de cause, la défenderesse sera condamnée à lui verser une indemnité de CHF 5'110.- à titre de dépens, TVA et débours inclus (art. 106 al. 1 CPC; art. 20 à 26 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]; art. 84 et 85 du RTFMC). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 114 let. e CPC).

PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme : 1. Déclare la demande recevable. Au fond : 2. L'admet partiellement et condamne la défenderesse à verser à la demanderesse la somme de CHF 31'000.-. 3. Condamne la défenderesse à verser à la demanderesse une indemnité de CHF 5'110.-, à titre de dépens, TVA et débours inclus. 4. Dit que la procédure est gratuite. 5. 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 Marie-Catherine SÉCHAUD La Présidente Karine STECK 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