

## **GE\_GERICHTE A/4261/2015 vom 16. Dezember 2016**

GE Cour de justice, 2016-12-16, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_4261\\_2015](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4261_2015)

FR: GE\_GERICHTE A/4261/2015 du 16 décembre 2016

IT: GE\_GERICHTE A/4261/2015 del 16 dicembre 2016

### **Erwägungen**

#### **E. 2**

ème Chambre En la cause Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à THÔNEX, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Maurizio LOCCIOLA demandeur contre INNOVA VERSICHERUNGEN AG, sise Bahnhofstrasse 4, GÜMLIGEN, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Chloé TERRAPON CHASSOT défenderesse EN FAIT 1. a. En date du 16 mars 2009, Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le demandeur), né le \_\_\_\_\_ 1973, domicilié dans le canton de Genève, conseiller en assurance et prévoyance, a subi une chute alors qu'il essayait d'ouvrir la portière de la voiture de son épouse. Il a décrit peu après des douleurs au niveau de la région lombaire avec des épisodes de décharges électriques le long du rachis, accompagnées de paresthésies et d'engourdissement au niveau du membre inférieur gauche sans vraie radiculalgie. Les IRM lombaires, réalisées à plusieurs reprises en 2009, ont montré un état dégénératif lombaire, avec une amélioration progressive d'une hernie discale au bout de quelques mois, puis une stabilisation. b. D'après un rapport d'expertise médicale du 5 octobre 2009, établi par le docteur B\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, de la clinique Corela, les lombo-sciatalgies gauches sur hernie discale L4-L5 et L5-S1 n'avaient pas de lien de causalité avec l'accident du 16 mars 2009, les troubles dégénératifs mis en évidence dix jours après ladite chute ayant été préexistants à cette dernière. La nature des plaintes et la durée de l'évolution pour des lésions objectivables pouvaient faire évoquer une majoration des plaintes, voire, en cas de persistance, un trouble somatoforme à caractère invalidant. Bien que l'incapacité de travail n'ait pas de lien de causalité avec l'accident à partir du 15 octobre 2009, la reprise de l'activité professionnelle habituelle était exigible progressivement, en évitant dans un premier temps les nombreux déplacements en voiture. L'importante dose de médicaments absorbée au quotidien n'avait pas produit les effets escomptés. c. Sur demande faite le 4 juin 2012 par Solida Assurances SA – assureur-accidents qui avait pris en charge les conséquences de l'accident précité, dont une rechute avait été évoquée le 6 octobre 2010 en présence d'une exacerbation des douleurs –, la clinique Corela a procédé à une seconde expertise de l'assuré. D'après le rapport d'expertise signé par le docteur C\_\_\_\_\_, neurochirurgien, transmis le 16 août 2012, les diagnostics d'hernie discale L4-L5 avec contrainte L5 gauche et de discarthrose débutant L4-L5 et L5-S1 sans contrainte radiculaire étaient posés, tous deux sans lien de causalité au moins vraisemblable avec l'événement du 16 mars 2009 et sans incidence sur la capacité de travail. L'examen clinique général du rachis lombaire et des membres inférieurs était normal ; l'ENMG de 2009 des membres inférieurs était normal, et les différentes IRM effectuées de 2009 à 2012 montraient des images relativement stables avec mise en évidence de remaniements dégénératifs discrets aux niveaux des disques L4-L5 ou L5-S1 ; au niveau discal, il existait des protrusions, restant minimales, sans contrainte pour le canal rachidien, ni au niveau radiculaire ; il n'y

avait pas d'éléments en faveur d'une pathologie post-traumatique au niveau lombaire. Des modifications étaient notées aux niveaux articulaires L4-L5 et L5-S1, en relation avec des phénomènes dégénératifs, non significatifs. Aucun signe d'instabilité discale ou rachidienne n'était retrouvé, ni rétrécissement du canal lombaire, ni pathologie qui puisse expliquer la persistance du tableau clinique du rachis lombaire décrit par l'assuré. Il n'y avait pas rechute de l'accident du 16 mars 2009. Les plaintes étaient relativement stationnaires depuis au moins deux ans, avec comme élément nouveau une fréquence augmentée des épisodes de blocage lombaire associés à des décharges électriques le long du rachis ; leur importance n'avait aucune corrélation avec les constatations objectives cliniques et radiologiques. La question posée du taux global d'atteinte à l'intégrité tombait, dès lors que l'atteinte à la santé n'était pas en lien de causalité avec l'accident de mars 2009. Au titre des limitations locomotrices, il n'en était retenue aucune pour l'emploi habituel, mais préventivement, dans le contexte dégénératif du rachis lombaire, une limitation de la position en porte-à-faux lombaire et la conduite d'engins vibrants (situations non rencontrées dans la pratique quotidienne de l'activité professionnelle de l'assuré). La capacité de travail de l'assuré était entière dans son activité habituelle. d. D'après ledit rapport d'expertise, Solida SA a semble-t-il versé des prestations en faveur de l'assuré du chef de l'accident du 16 mars 2009 jusqu'en février 2010. 2. Le 3 mars 2015 – alors employé depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2011 comme courtier en assurance et prévoyance à 100 % auprès de l'assureur conseil D\_\_\_\_\_, affilié à Innova Versicherungen AG (ci-après : Innova ou la défenderesse) pour l'assurance collective perte de gain en cas de maladie, et à Solida SA pour l'assurance collective perte de gain en cas d'accident –, l'assuré a subi un accident de la circulation routière ; il a été percuté par l'arrière alors qu'il était à l'arrêt, dans sa voiture. Ressentant des douleurs à la nuque, dans le dos, dans la colonne lombaire ainsi que des difficultés à marcher, il a consulté le jour même le docteur E\_\_\_\_\_ du groupe médico-chirurgical de Chantepoulet à Genève. 3. Le Dr E\_\_\_\_\_ a constaté la présence de douleurs cervicales, dorsales et lombaires ainsi que des gonalgies droites et des omalgies droites. Il a prescrit un traitement antalgique et anti-inflammatoire et a mis l'assuré en arrêt total de travail. Une IRM lombo-sacrée, effectuée le 17 mars 2015 en raison de la persistance de douleurs importantes, a amené ledit médecin à conclure à une protrusion discale médiane et paramédiane gauche, en contact avec la racine S1 gauche, sans conflit radiculaire. Un traitement de physiothérapie a débuté à la fin mars 2015, sans apporter d'amélioration aux dires de l'assuré ; une infiltration a été envisagée. Compte tenu de la persistance de sa symptomatologie douloureuse, l'assuré consultera par ailleurs la doctoresse F\_\_\_\_\_, également du groupe médico-chirurgical de Chantepoulet, médecin praticien FMH au bénéfice d'une formation en médecine psychosomatique (mais non psychiatre), dès le 1<sup>er</sup> mai 2015. 4. Solida Assurances SA – qui avait pris en charge cet accident du 3 mars 2015, en versant des indemnités journalières en faveur de l'assuré – a mandaté le docteur G\_\_\_\_\_, chirurgien orthopédiste FMH, pour examen de la situation médicale de l'assuré. 5. Après avoir pris connaissance du dossier médical relatif à l'accident du 3 mars 2015 ainsi que du dossier médical concernant l'accident du 16 mars 2009 (comportant notamment les deux expertises précitées de la clinique Corela), et après avoir rencontré et examiné l'assuré, le Dr G\_\_\_\_\_ a rendu un rapport, daté du 11 mai 2015, dont résultait ce qui suit : L'assuré se plaignait de douleurs lombaires permanentes, avec parfois des irradiations douloureuses et des fourmillements dans le membre inférieur droit, d'un sentiment de lâchage et de non-contrôle du membre inférieur droit, de douleurs insomniantes et de douleurs à l'épaule droite limitant la mobilité. Il décrivait ainsi

pratiquement la même symptomatologie douloureuse qu'en 2009 et 2012, en faisant montre, lors de l'examen du 28 avril 2015, d'une collaboration de degré moyen et d'un certain théâtralisme. Le Dr G\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de lombalgies sur troubles dégénératifs L4-L5 et L5-S1 et de majoration des plaintes, voire – avec un point d'interrogation – de troubles somatoformes. L'accident du 3 mars 2015 pouvait avoir provoqué une aggravation passagère de l'état dégénératif préexistant ; une incapacité totale de travail due à l'accident du 3 mars 2015 pouvait perdurer jusqu'à fin mai 2015, mais dès le 1<sup>er</sup> juin 2015, il n'y aurait plus de rapport de causalité entre cet accident et les plaintes douloureuses et invalidantes de l'assuré ; une reprise du travail à temps complet comme collaborateur externe d'une compagnie d'assurance serait exigible dès cette date-ci. Il n'y avait pas de maladie intercurrente, mais l'état dégénératif connu depuis 2009 jouait un rôle essentiel dans les plaintes douloureuses. Le traitement médical instauré (prise d'anti-inflammatoires, d'antalgiques et séances de physiothérapie) était adéquat. Compte tenu du passé et du contexte d'une possible amplification des plaintes douloureuses, une infiltration péri-durale était déconseillée. Le statu quo sine serait atteint à partir du 1<sup>er</sup> juin 2015. L'absence de plainte au niveau de la colonne cervicale laissait penser que la collision avait été de faible énergie, et n'avait pas pu induire une lésion quelconque sur la colonne lombaire ni de troubles durables ; une expertise biomécanique permettrait d'apprécier l'importance de ladite collision. 6. Par décision du 28 mai 2015, Solida Assurances SA a mis fin, dès le 1<sup>er</sup> juin 2015, à la prise en charge des frais du traitement médical et de l'incapacité de travail de l'assuré pour l'accident du 3 mars 2015, considérant, sur la base du rapport précité du Dr G\_\_\_\_\_, que le statu quo sine serait alors atteint. Une opposition à cette décision n'aurait pas d'effet suspensif. 7. Les 29 mai et 16 juin 2015, la Dresse F\_\_\_\_\_ a certifié que l'assuré était en incapacité totale de travail, respectivement pour juin et juillet 2015, sans indication de motifs. Le 24 juin 2015, elle a établi d'une part un même certificat non motivé, faisant état d'une incapacité totale de travailler pour une durée indéterminée, et d'autre part une attestation « À qui de droit » indiquant que l'assuré présentait un état de stress post traumatique suite à un accident de circulation survenu le 3 mars 2015, état de santé nécessitant un arrêt de travail prolongé, une reprise ne pouvant être envisagée avant la fin de l'année. La Dresse F\_\_\_\_\_ établira ultérieurement des certificats d'incapacité totale de travailler non motivés le 28 juillet, 28 août, 8 octobre et 5 novembre 2015, respectivement pour les mois de juillet, août, septembre, octobre et novembre 2015. 8. Le 23 juin 2015, désormais représenté par un avocat, l'assuré a formé opposition à la décision précitée de Solida Assurances SA. Les maux dont il souffrait et l'incapacité de travail qui en était consécutive étaient dans une relation de causalité avec l'accident du 3 mars 2015. Il compléterait encore son opposition une fois qu'il aurait pu consulter l'intégralité du dossier, ce qu'il fera le 14 juillet 2015. 9. Par recommandé du 1<sup>er</sup> juillet 2015, l'assuré s'est adressé à l'assureur-maladie perte de gain de son employeur, Innova, pour faire valoir ses prétentions pour le cas où son incapacité de travail ne devait être considérée comme étant dans un lien de causalité avec l'accident du 3 mars 2015, ainsi que l'avait décidé Solida Assurances SA par une décision qu'il avait frappé d'opposition. Il incomberait alors à Innova d'intervenir, déjà d'ailleurs à titre provisoire. Il a produit une copie de la décision de Solida Assurances SA du 28 mai 2015 ainsi que des certificats médicaux non motivés de la Dresse F\_\_\_\_\_ des 29 mai et 24 juin 2015. 10. Le 17 juillet 2015, Innova a indiqué à l'assuré que des investigations complémentaires étaient en cours, raison pour laquelle aucune prestation d'assurance pour perte de gain n'avait été allouée.

11. Le 28 juillet 2015, l'employeur de l'assuré a adressé à Innova le formulaire « Déclaration d'incapacité de travail – Indemnité journalière collective », en faisant mention, sous la rubrique « Maladie », qu'il s'agissait des suites de l'accident du 3 mars 2015 annoncé à Solida Assurances SA. !endif>!if> 12. L'assuré a écrit à Innova le 24 août 2015 qu'il était suivi médicalement par le Dr E\_\_\_\_\_ pour ses problèmes physiques et la Dresse F\_\_\_\_\_ pour ses problèmes psychiques. Ces deux médecins attestaient qu'il était toujours en incapacité totale de travail. Étant sans revenu depuis le 1 er juin 2015, il invitait Innova à se déterminer dans les plus brefs délais concernant le versement des indemnités journalières. !endif>!if> 13. Le 1 er septembre 2015, l'assuré a retourné à Innova, dûment signée, une procuration sur l'échange de données, permettant à Innova de se procurer, en vue du règlement du sinistre annoncé, tous renseignements et documents notamment auprès des médecins et autres fournisseurs de prestations, services administratifs, assureurs sociaux, assureurs-maladie, assureurs-accident. !endif>!if> 14. Selon un courrier que la Dresse F\_\_\_\_\_ a adressé le 12 octobre 2015 à l'avocat de l'assuré, ce dernier avait ressenti, lors de l'accident du 3 mars 2015, une violente décharge électrique, et il ressentait depuis lors une douleur assimilable à un coup de couteau, ce qui le mettait à bout de force et lui causait des insomnies. Depuis l'accident, deux souvenirs liés à deux autres situations dans sa vie dans lesquelles il s'était senti menacé de mort remontaient sans cesse, de façon incontrôlable. Le diagnostic posé était celui d'état de stress post-traumatique (F43.1 selon la CIM-10) ; l'accident du 3 mars 2015 avait entraîné une réaction aiguë à un facteur de stress sévère ; sans cet accident, constituant le facteur causal primaire et essentiel, le trouble ne serait pas survenu. L'assuré avait des reviviscences envahissantes (flash-back) et évitait des activités ou des situations pouvant réveiller le souvenir du traumatisme, craignant des crises d'angoisse ; l'anxiété provoquait de l'insomnie. L'assuré était toujours en incapacité totale de travail depuis le 1 er juin 2015, en raison de son état psychique. Le traitement médical consistait en des séances de psychothérapie hebdomadaires associées à des médicaments. L'assuré souhaitait reprendre sa vie comme avant ledit accident. Il devait apprendre à gérer ses angoisses liées à cet événement ; des pressions afin de guérir plus vite causeraient un stress supplémentaire nuisible à sa guérison. !endif>!if> 15. Le 8 décembre 2015, l'assuré a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice d'une demande en paiement dirigée contre Innova, en concluant au paiement d'un montant de CHF 16'765.-, correspondant aux indemnités journalières dues à compter du 1 er juin au 31 décembre 2015, au versement des indemnités journalières autant que se poursuivrait son incapacité de travail, sous suite de frais et dépens. L'assuré, affilié à l'assurance perte de gain maladie collective Innova, avait été victime, le 3 mars 2015, d'un accident de la circulation routière, à la suite duquel il avait ressenti des douleurs cervicales, dorsales et lombaires et pour lequel Solida Assurances SA lui avait versé des indemnités journalières jusqu'au 31 mai 2015, date d'un statu quo ante vel sine selon le Dr G\_\_\_\_\_ mais au-delà de laquelle son incapacité de travail, selon la Dresse F\_\_\_\_\_, continuait à être totale en raison de son état psychique. Le sinistre avait été annoncé à Innova à la suite du refus de l'assureur-accidents, mais Innova n'avait toujours versé aucune prestation, sans aucune justification, si bien qu'il devait se résoudre à déposer cette demande en paiement. Son salaire mensuel brut s'était monté, au cours des douze mois ayant précédé l'incapacité de travail, à CHF 2'395.-. L'assuré subissait une incapacité de travail au sens de l'art. B2 des conditions générales d'assurance (pour l'assurance collective perte de gain selon la LCA [win et cash], édition du 1 er janvier 2013), incapacité attestée par la Dresse F\_\_\_\_\_ ; Innova ne disposait d'aucun motif de refuser de verser des

prestations ; au 31 décembre 2015, le montant dû s'élevait à CHF 16'765.-, sous réserve d'amplification. [endif]>[if> 16. Par mémoire de réponse du 3 février 2016, Innova, représentée par une avocate, a conclu préalablement à la suspension de la procédure jusqu'à droit jugé par Solida Assurances SA sur l'opposition que l'assuré avait formée à la décision dudit assureur-accident du 28 mai 2015, et principalement au rejet de la demande, ainsi qu'au versement d'une indemnité de procédure. L'assurance d'indemnités journalières collectives en cas de maladie qu'avait souscrite l'employeur de l'assuré avait été conclue initialement auprès de l'assurance Phenix, que l'Helvetia Suisse avait rachetée en septembre 2010 puis dont elle avait transféré le portefeuille maladie à Innova et le portefeuille accident à Solida Assurances SA en septembre 2011. Innova avait repris les contrats d'assurance d'indemnités journalières de Phenix en ce qui concernait le risque maladie, en s'engageant à appliquer les conditions générales de Phenix (en l'occurrence de 1993). Elle couvrait ainsi le risque maladie pour un montant s'élevant à 100 % du salaire après un délai d'attente de 30 jours, mais pas le risque accident. L'assuré disposait d'une pleine capacité de travail à partir du 1<sup>er</sup> juin 2015, selon ce que le Dr G\_\_\_\_\_ avait indiqué. Les douleurs dont il se plaignait n'étaient pas compatibles avec sa situation médicale, comme cela avait déjà été le cas – selon le rapport d'expertise précité du Dr C\_\_\_\_\_ effectué en 2012 sur mandat de Solida Assurances SA – pour la « soi-disant incapacité de travail due à un accident survenu en 2009, à la suite duquel le demandeur (s'était plaint) de douleurs du même type que celle dont il se plai(gnait) actuellement » ; il y avait exagération ou simulation, dans le but d'obtenir des prestations de la part d'Innova, « de sorte que cette dernière (était) en droit de se départir du contrat sur la base de l'art. 40 LCA ». Innova demandait à ce qu'une expertise soit ordonnée, à confier à un spécialiste en neurologie et/ou en orthopédie. En tout état, une incapacité de travail découlerait de l'accident du 3 mars 2015, et non d'une maladie, les certificats médicaux déposés par l'assuré faisant mention des suites d'un accident, et non d'une quelconque maladie, ainsi que l'assuré le prétendait d'ailleurs lui-même notamment dans son opposition à la décision précitée de Solida Assurances SA. L'assuré n'avait droit à aucune prestation de la part d'Innova, pas même provisoirement. [endif]>[if> 17. Le 11 février 2016, par décision sur opposition, Solida Assurances SA a rejeté l'opposition que l'assuré avait formée à sa décision précitée du 28 mai 2015 et a confirmé cette dernière. Le rapport d'expertise du Dr G\_\_\_\_\_ du 11 mai 2015 avait valeur probante ; ledit médecin avait disposé d'un dossier médical complet, concernant tant l'accident du 3 mars 2015 que celui du 16 mars 2009. Il n'avait pas restreint son examen aux problèmes lombaires de l'assuré, mais avait analysé l'état de ce dernier dans sa globalité en tenant compte de ses plaintes (concernant des douleurs lombaires permanentes, avec parfois des irradiations douloureuses et des fourmillements dans le membre inférieur droit, un sentiment de lâchage et de non-contrôle du membre inférieur droit, des insomnies dues aux douleurs, des douleurs à l'épaule droite), semblables à celles exprimées déjà en 2009 et 2012. À cette époque, il avait déjà été constaté des phénomènes dégénératifs au niveau de L4-L5 et de L5-S1, préexistants à l'accident du 16 mars 2009. Il n'y avait aucune raison objective et valable de s'écarter des conclusions émises par le Dr G\_\_\_\_\_, d'autant plus qu'une expertise biomécanique intervenue dans l'intervalle (dont le rapport datait du 11 août 2015) avait établi que la collision, lors de l'accident du 3 mars 2015, avait été faible, le véhicule de l'assuré ayant été soumis à une accélération moyenne comprise entre 0.8 et 3 g., produite par une différence de vitesse d'environ 6.8 km/h. [endif]>[if> 18. Dans sa réplique du 7 mars 2016, l'assuré s'est opposé à la suspension de la procédure, en produisant la décision sur

opposition précitée de Solida Assurances SA, contre laquelle il ne recourrait pas dès lors qu'elle n'était pas contestable au regard de la jurisprudence du Tribunal fédéral relative à la causalité entre un accident et des affections psychiques. L'entier des conclusions de sa demande devait lui être alloué, en application de la maxime inquisitoire sociale. Innova n'avait rien entrepris depuis l'annonce du sinistre, en particulier n'avait demandé aucun renseignement complémentaire à la Dresse F\_\_\_\_\_, ni n'avait requis des informations auprès de son propre médecin conseil. Cela n'avait pas de sens de faire une expertise en neurochirurgie et/ou en orthopédie, alors que l'incapacité de travail de l'assuré était due à des problèmes psychiques, et non somatiques. L'assuré sollicitait l'audition de la Dresse F\_\_\_\_\_, subsidiairement la mise en place d'une expertise psychiatrique. ![endif]>![if> 19. Par duplique du 22 avril 2016, Innova a persisté dans les conclusions de son écriture du 3 février 2016, en abandonnant la demande de suspendre la procédure du fait que Solida Assurances SA avait rendu dans l'intervalle sa décision sur opposition. Cette dernière ne se prononçait pas sur la question de savoir si les troubles psychiques invoqués par l'assuré découlaient de l'accident du 3 mars 2015. Il incombait à l'assuré de faire valoir par le biais d'un recours contre ladite décision sur opposition que son incapacité de travail se trouvait en lien de causalité adéquate avec son accident du 3 mars 2015, ainsi qu'il continuait à le prétendre. Le rapport de la Dresse F\_\_\_\_\_ du 12 octobre 2015 était manifestement complaisant ; il y avait exagération ou simulation, également sur le plan psychique. Il fallait ordonner une expertise psychiatrique. En tout état, une incapacité de travail en raison d'un état de stress post-traumatique se trouverait, selon les dires mêmes de l'assuré, en relation de causalité adéquate avec l'accident du 3 mars 2015 ; Innova n'avait aucune obligation de prestation en relation avec une telle incapacité de travail. ![endif]>![if> 20. Selon un certificat médical de la Dresse F\_\_\_\_\_ du 18 janvier 2016, l'acceptation de l'ancien employeur de l'assuré d'annuler le licenciement de ce dernier était une démarche bénéfique dans le processus de guérison ; il était souhaitable que l'assuré reprenne son ancienne activité à 20 %, au maximum, dès le 1 er février 2016. ![endif]>![if> 21. Dans des observations du 18 mai 2016, l'assuré a demandé à ce qu'une expertise judiciaire soit ordonnée, portant « sur son état de santé et ses conséquences sur sa capacité de travail ». Innova s'était contentée de « jouer la montre », en ne soumettant pas les divers documents médicaux produits à son médecin conseil, et en n'ayant pas entrepris la moindre mesure d'instruction pour déterminer son droit à des prestations. Concernant le lien de causalité entre son état de santé psychique et l'accident du 3 mars 2015, il était indéniable que les critères posés par la jurisprudence n'étaient pas remplis, mais cela n'autorisait pas à nier l'existence de tels troubles ainsi que leur effet sur sa capacité de travail. ![endif]>![if> 22. En date du 20 septembre 2016, la chambre des assurances sociales a procédé à l'audition de trois médecins à titre de témoins, ainsi qu'à la comparution personnelle des parties (représentées par leur avocat respectif). ![endif]>![if> a. Selon ses déclarations, le Dr E\_\_\_\_\_ avait vu l'assuré la première fois le jour même de son accident, le 3 mars 2015 ; son diagnostic avait été, sur le plan somatique, celui d'une atteinte au rachis lombaire et cervical et à l'épaule droite, mais l'assuré s'était plaint aussi de douleurs au genou droit (ce qui avait aussi été objectivé par une IRM, le 19 novembre 2015 a relevé l'avocat de l'assuré, ce sur quoi le Dr E\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assuré s'était plaint de douleur au genou droit dès l'accident, que ce problème avait moins retenu l'attention, qu'il ne tenait pas à des problèmes dégénératifs mais était bien la conséquence de l'accident précité) ; les divers rapports radiologiques d'IRM avaient révélé des troubles dégénératifs antérieurs à cet accident, troubles qui avaient été aggravés par ce dernier. Courant avril 2015, le Dr

E\_\_\_\_\_ avait adressé l'assuré à sa collègue, la Dresse F\_\_\_\_\_. L'incapacité de travail de l'assuré avait perduré au-delà du 31 mai 2015, en raison du stress post-traumatique subi, mais aussi de l'atteinte au genou droit (qui le handicapait pour marcher) et du fond douloureux devenant chronique au niveau du rachis (en dépit des infiltrations effectuées, n'ayant produit d'améliorations que très passagèrement) ; c'était au courant de l'année 2015 que la bascule du somatique vers le psychique s'était faite, en ce sens que le stress post-traumatique justifiait l'incapacité de travail de façon prépondérante par rapport au volet somatique ; s'il n'y avait eu que le somatique, l'assuré aurait pu reprendre son activité professionnelle dès juillet 2015 ; le problème psychiatrique était lié au problème somatique, en ce sens qu'il avait été réveillé par l'accident et avait amplifié les conséquences de ce dernier. Il appartenait à la psychiatre de se prononcer sur le volet psychiatrique. L'assuré avait été opéré de son problème de ménisque au genou droit le 30 mars 2016. !

b. D'après ses déclarations, la Dresse F\_\_\_\_\_ (médecin praticien FMH, non psychiatre mais au bénéfice d'une formation en médecine psychosomatique et psychosociale l'autorisant à faire de la psychothérapie) avait vu l'assuré la première fois le 1<sup>er</sup> mai 2015. Celui-ci lui avait indiqué qu'en raison d'une hernie discale antérieure à l'accident du 3 mars 2015, on lui avait dit de faire attention à ne pas « finir dans une chaise roulante », et que lors dudit accident, lors duquel il avait été percuté par l'arrière sur le pont du Mont-Blanc à Genève, il avait ressenti comme une décharge électrique et un coup de couteau et était resté longtemps sans bouger de crainte d'être désormais dans la situation d'un paralysé ; il avait ensuite été « l'homme le plus heureux du monde » après avoir constaté que tel n'était pas le cas. Il n'en avait pas moins été très angoissé, au point d'être empêché de dormir, et il éprouvait des douleurs qui le réveillaient ; il avait des flash-back non seulement de l'accident, mais aussi de deux événements auxquels il ne pensait plus du tout jusque-là, à savoir d'une part d'événements traumatiques répétitifs vécus alors qu'il avait entre cinq et sept ans (que la Dresse F\_\_\_\_\_ n'a pas voulu préciser, avec l'appui de l'avocat de l'assuré, qui ne souhaitait pas qu'on en parle même dans le cadre de la présente procédure, silence qui, selon elle, était aussi préférable d'un point de vue médical, et ce nonobstant le rappel fait par le président du devoir d'allégation et de preuve incombant aux parties), et d'autre part d'une menace de mort dont il avait fait l'objet comme jeune adulte dans un ascenseur en Russie ou en Ukraine, événement lors duquel il avait, pour s'en sortir, remis à son agresseur tout l'argent qu'il avait sur lui (événement dont la Dresse F\_\_\_\_\_ ne savait pas s'il avait été dénoncé à la police et s'il avait donné lieu à un rapport de police). La psychothérapie suivie avait amené l'assuré à surmonter sa peur d'interventions pour le guérir des douleurs qu'il éprouvait au niveau du rachis. La Dresse F\_\_\_\_\_ avait posé le diagnostic de stress post-traumatique le 29 mai 2015 (F43.1 de la CIM-10). L'assuré s'était trouvé, du fait de l'accident du 3 mars 2015, face à un changement de son identité de père, du fait qu'il ne pouvait plus s'occuper de ses quatre enfants comme auparavant. À la question de savoir si le stress post-traumatique s'expliquait uniquement par l'accident précité ou s'il avait un lien avec les traumatismes vécus dans l'enfance, la Dresse F\_\_\_\_\_ a persisté à répondre que sans cet accident, l'assuré n'aurait jamais repensé à ces traumatismes, et elle a fait référence au fait que, selon la CIM-10, des facteurs prédisposants n'étaient ni nécessaires ni suffisants pour expliquer la survenue du syndrome de stress post-traumatique. C'était en tout cas une possibilité que le stress post-traumatique de l'assuré s'expliquât par le seul accident du 3 mars 2015 et soit ainsi sans rapport avec les événements antérieurs, en particulier les traumatismes subis dans l'enfance ; à la question d'une haute vraisemblance que tel soit le cas, ledit médecin a répondu en citant son courrier

du 12 octobre 2015 à l'avocat de l'assuré, soit au fait que l'accident considéré (événement particulièrement stressant) avait entraîné une réaction aiguë à un facteur de stress sévère, et qu'en l'absence de ce facteur essentiel et causal, le trouble ne serait pas survenu. L'accident du 3 mars 2015 avait révélé une « situation latente », à savoir des flash-back d'une part des traumatismes vécus dans l'enfance et d'autre part le choc de l'accident avec les effets qu'il avait alors ressentis et qu'il ressentait à nouveau comme s'il était en train de les revivre (soit une décharge électrique, une difficulté à respirer, des maux de tête, la peur de « finir en chaise roulante »). Le stress post-traumatique avait généré une totale incapacité de travail du 1<sup>er</sup> mai 2015 au 29 février 2016, date à partir de laquelle l'assuré n'était plus en arrêt de travail pour des raisons psychiatriques mais pour des raisons somatiques liées à ses douleurs au rachis (pour lesquelles il avait subi des infiltrations) et au genou droit (opéré en mars 2016). À la question de savoir en quoi le stress post-traumatique avait empêché l'assuré d'exercer son activité professionnelle, même à temps partiel, la Dresse F\_\_\_\_\_ a répondu que les douleurs lui faisaient vivre des nuits blanches, provoquant des angoisses qui, à leur tour, augmentaient les douleurs, et qu'il se mettait une pression augmentant son stress à vouloir recommencer à travailler aussitôt que possible. Il était difficile de faire la démarcation entre les explications respectivement somatiques et psychiques de son incapacité de travail. Il suivait un traitement médicamenteux (prescrit essentiellement par le Dr E\_\_\_\_\_) et de la psychothérapie à raison d'une fois par semaine. Il faisait aussi des problèmes d'évitement gravitant autour de l'accident du 3 mars 2015 (en particulier éviter de s'arrêter en voiture de peur d'être heurté par l'arrière et surtout de passer par le pont du Mont-Blanc, où il avait eu son accident). L'incapacité de travail devait résulter d'une appréciation globale des troubles psychiques et somatiques, dont la Dresse F\_\_\_\_\_ ne parvenait pas à préciser les parts respectives. ![/endif]>![if> c. Le Dr G\_\_\_\_\_ a déclaré que l'assuré souffrait de « totalgies », autrement dit se plaignait de douleurs un peu partout, en particulier de douleurs cervicales, lombaires, gonalgies droites, omalgies. L'examen qu'il avait effectué n'avait pas porté sur le volet psychiatrique ; il avait cependant noté une majoration des plaintes, voire un trouble somatoforme, mais aucune atteinte psychiatrique. L'accident du 3 mars 2015 n'avait provoqué aucune lésion supplémentaire aux troubles dégénératifs qu'avait l'assuré ; il n'y avait pas d'autre maladie que les troubles dégénératifs. L'accident considéré pouvait avoir provoqué une incapacité de travail temporaire, jusqu'au 31 mai 2015. Les troubles dégénératifs n'étaient pas incapacitants, d'après l'examen clinique et l'IRM. Il n'y avait ni cause accidentelle ni cause malade à une incapacité de travail dès le 1<sup>er</sup> juin 2015. L'expertise biomécanique qui a été réalisée confirmait que l'accident du 3 mars 2015 avait été à faible énergie cinétique ; l'assuré n'avait pas présenté de durables douleurs cervicales ainsi que cela aurait été le cas si ledit accident avait été à forte énergie cinétique. ![/endif]>![if> d. L'avocat de l'assuré a indiqué que ce dernier avait été licencié pour la fin 2015 ou la fin janvier 2016, et que les discussions en vue d'une annulation de ce licenciement n'avaient pas abouti. La demande en paiement était maintenue pour des indemnités portant sur la période du 1<sup>er</sup> juin 2015 au 29 février 2016, soit sur CHF 21'555.-. Elle était fondée sur la maladie psychiatrique de l'assuré, qui avait justifié une totale incapacité de travail durant toute cette période, et non sur des problèmes somatiques, dont le Dr G\_\_\_\_\_ avait estimé qu'ils n'étaient pas invalidants dès le 1<sup>er</sup> juin 2015, ce que l'assuré avait accepté, en ne formant pas recours contre la décision sur opposition de l'assureur-accident mettant fin au versement des indemnités journalières dès le 1<sup>er</sup> juin 2015. Seul un problème de maladie était en discussion, et Innova n'avait effectué aucune investigation à son propos. ![/endif]>![if>

Selon ce que son avocat a déclaré, Innova avait soumis le dossier à un médecin de confiance d'Innova, le docteur H\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie, dont le rapport du 16 décembre 2015 n'a certes pas été produit, et il ne semblait pas qu'elle avait entrepris des investigations sur d'éventuels problèmes psychiatriques de l'assuré. Sur la base du dossier de l'assureur-accident, Innova avait estimé qu'il n'y avait pas de problématique relevant de l'assurance perte de gain maladie, mais potentiellement de l'assureur-accident (ainsi que l'assuré le plaidait). Selon son avocat, l'assuré n'avait pas eu d'autre solution que d'intenter action et la cause devait être gardée à juger. e. Après avoir une nouvelle fois attiré l'attention des parties sur leur devoir d'allégation et de prouver les faits allégués, même lorsque s'applique la maxime inquisitoire sociale, et après que les parties eurent précisé ne pas demander à plaider par oral mais être d'accord de se déterminer par écrit, la chambre des assurances sociales leur a fixé un délai au 18 octobre 2016 pour se déterminer sur la suite de la procédure et sur le résultat des enquêtes effectuées, et aussi, s'agissant d'Innova, pour se déterminer, rapport médical à l'appui, sur le volet maladie, en particulier le volet psychiatrique, du dossier, et sur l'accomplissement d'une expertise non judiciaire en concertation avec l'assuré. 23. Dans un mémoire du 18 octobre 2016 après enquêtes et relatives à l'accomplissement d'une expertise extrajudiciaire, Innova a conclu, sur mesures d'instruction, à la suspension de la procédure afin de lui permettre de faire exécuter une expertise extrajudiciaire, puis, s'il y aurait lieu, à l'audition de l'expert extrajudiciaire et à un second échange d'écritures, et, sur le fond, au rejet de la demande et au déboutement de l'assuré de toutes ses conclusions, ainsi que, en tout état de cause, à la condamnation de l'assuré au paiement des frais de procédure et au versement à Innova d'une indemnité de dépens. Si tant est que l'assuré avait jamais été en situation d'incapacité de travail, cette dernière aurait été, en fait et en droit, le résultat d'un accident et non d'une maladie. Des déclarations des Drs E\_\_\_\_\_ et F\_\_\_\_\_ recueillies lors de l'audience du 20 septembre 2016, il résultait – fait nouveau, jamais annoncé – que l'assuré avait été opéré le 30 mars 2016 du genou droit en raison d'un problème lié à l'accident du 3 mars 2015, d'une part, et que les problèmes psychiques allégués par l'assuré seraient étroitement liés audit accident, qui les aurait réveillés et en aurait amplifié les conséquences, d'autre part. En toute hypothèse, la prétendue incapacité de travail de l'assuré pour motifs psychiques aurait pris fin le 29 février 2016 (fait que l'assuré admettait mais dont il n'avait pas informé Innova). L'assuré avait dissimulé ces faits à Innova, ce qui constituait un motif supplémentaire pour elle de refuser de prester en sa faveur. Les conditions du versement d'indemnités journalières en faveur de l'assuré n'étaient en tout état pas remplies, car il y aurait, entre l'atteinte psychologique alléguée et prétendument incapacitante et l'accident du 3 mars 2015, un lien de causalité naturelle (en ce sens que celle-là ne se serait pas produite sans celui-ci ou du moins pas de la même manière) et adéquate (en ce sens que l'accident considéré aurait été propre à entraîner une atteinte psychique du genre de celle qu'alléguait l'assuré), étant ajouté que la condition supplémentaire pour admettre le caractère adéquat de la causalité adéquate dans le cas d'un événement accidentel avec une affection psychique additionnelle à une atteinte somatique serait remplie (en ce sens que ledit accident devait être qualifié de gravité moyenne [voire grave] et qu'il y aurait au moins une circonstance supplémentaire le justifiant [durée de près d'une année de l'incapacité de travail totale provoquée, ou nécessité d'une intervention chirurgicale au niveau du genou, ou persistance de douleurs somatiques chroniques durant plus d'un an et demi après l'accident et en dépit des traitements, et même au-delà, ou un caractère impressionnant de l'accident]). La prétention de l'assuré étant frauduleuse (du fait

de la dissimulation de l'opération du genou droit le 30 mars 2016 et de la fin de la certification médicale d'une prétendue incapacité de travail pour motif psychique dès le 29 février 2016), Innova pourrait résoudre le contrat, si bien qu'elle ne serait de toute façon pas obligée envers l'assuré. Ce dernier affirmait à tort, sans preuve ni argumentation, que les conditions générales d'assurance d'Innova du 1<sup>er</sup> janvier 2013 lui seraient applicables ; c'étaient celles de Phenix Assurances de 1993 qui avaient continué de s'appliquer au contrat d'indemnités journalières auquel l'assuré était partie. En conclusion, l'assuré n'était pas atteint d'une maladie. Innova était cependant disposée à mandater un expert extrajudiciaire, qui aurait pour mission de se prononcer sur la question d'une incapacité de travail en raison de l'atteinte psychique alléguée. Elle allait prendre contact avec l'avocat de l'assuré pour lui permettre de prendre position sur une liste d'experts et une liste de questions qui feraient l'objet de l'expertise. Elle proposait de suspendre dans l'intervalle la procédure. Innova n'avait eu aucune obligation d'intervenir à titre provisoire jusqu'à droit connu sur les prétentions de l'assuré fondées sur la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20). Elle n'en avait pas moins suivi la procédure alors en cours devant l'assureur-accidents et analysé le dossier de ce dernier, et était parvenue à la conclusion que son intervention était exclue, faute de maladie. L'assuré serait mal venu de refuser sa participation à l'expertise qu'elle-même acceptait d'effectuer, sous prétexte que son incapacité de travail alléguée avait pris fin entretemps, ayant lui-même requis par deux fois une expertise psychiatrique devant la chambre des assurances sociales alors qu'il avait déjà recouvré sa capacité de travail. 24. Par écriture du 18 octobre 2016 (signalant une erreur de plume en page 3 du procès-verbal de comparution des parties), l'assuré a persisté dans ses conclusions à la condamnation d'Innova à lui payer CHF 21'555.-, correspondant aux indemnités journalières dues selon lui du 1<sup>er</sup> juin 2015 au 29 février 2016, durant laquelle il avait été en incapacité de travail en raison d'une maladie. Innova n'avait pas même soumis sa demande de prétention à l'examen d'un quelconque médecin ou médecin-conseil, alors que la maxime inquisitoire sociale ne la dispensait pas d'alléguer et formuler des offres de preuve et, par son côté social, visait à protéger la partie réputée faible, d'assurer l'égalité des parties et d'accélérer la procédure. Le juge n'avait pas à instruire d'office le litige lorsqu'une partie renonçait à expliquer sa position. On ne voyait pas comment une expertise judiciaire serait possible dès lors que l'incapacité de travail de l'assuré pour cause de maladie avait cessé au 1<sup>er</sup> mars 2016. 25. Le 20 octobre 2016, la chambre des assurances sociales a imparti aux parties un délai au 2 décembre 2016 (prolongé ultérieurement au 9 décembre 2016) pour lui faire savoir quelle suite était donnée à la proposition d'Innova d'effectuer une expertise conjointement avec l'assuré. 26. Par courrier du 4 novembre 2016, Innova a soumis à l'assuré une liste de cinq experts auxquels l'expertise pourrait être confiée (les Hôpitaux universitaires de Genève [les HUG], la clinique Corela, le docteur I\_\_\_\_\_, le docteur J\_\_\_\_\_ ou le docteur J\_\_\_\_\_, tous trois psychiatres)), institutions et médecins avec lesquels elle n'avait pas pris contact. Elle lui a également soumis un projet de mandat d'expertise, constitué des dix questions suivantes : 1. anamnèse médicale et sociale de l'expertisé ? 2. est-il possible, du point de vue de la médecine psychiatrique, d'établir l'existence et/ou la cause d'une incapacité de travail rétroactivement pour la période du 1<sup>er</sup> juin 2015 au 29 février 2016 ? dans l'affirmative, avec quelle fiabilité, exprimée en pourcent ? 3. quelles sont les plaintes subjectives de l'assuré ? 4. quelles sont les constatations objectives, au niveau psychiatrique et/ou psychopathologique ? 5. diagnostic

exact ?![endif]>![if> 6. les constatations objectives sont-elles dues totalement ou partiellement à l'accident de la circulation subi par l'assuré le 3 mars 2015 ? si elles le sont seulement partiellement, dans quelle mesure ?![endif]>![if> 7. existait-il une incapacité de travail durant la période considérée et, le cas échéant, à quel taux ? quel taux d'occupation dans l'activité habituelle ou dans une activité alternative (citer des exemples) pouvait-il être exigé de l'assuré durant la période considérée ?![endif]>![if> 8. s'il existe des circonstances objectives dues exclusivement à une maladie, ces constatations avait-elles des effets sur une incapacité de travail de l'assuré durant la période considérée ? dans l'affirmative, quelle est la part de cette influence, exprimée en pourcent ?![endif]>![if> 9. l'assuré a-t-il coopéré dans le cadre de l'expertise ? y a-t-il une tendance à l'aggravation ou à l'explicitation ?![endif]>![if> 10. observations personnelles ?

![endif]>![if> 27. Par écriture du 2 décembre 2016 (transmise en copie à l'assuré), Innova a informé la chambre des assurances sociales que l'assuré n'avait pas réagi à sa proposition précitée du 4 novembre 2016 concernant tant l'expert à désigner que les questions à lui poser. L'assuré refusait ainsi, sans justification, de collaborer à l'expertise considérée et, par là-même, à l'établissement des faits de la cause. Il fallait dès lors constater que Innova avait apporté la preuve de ses allégués, respectivement la contre-preuve des allégués du demandeur. Subsidiairement Innova maintenait sa conclusion tendant à l'établissement d'une expertise judiciaire. !

![endif]>![if> 28. Par écriture du 9 décembre 2016, l'assuré a persisté dans toutes ses conclusions. !

![endif]>![if> Les déclarations du Dr E\_\_\_\_\_, selon lesquelles la lésion méniscale opérée le 30 mars 2016 avait été provoquée par l'accident du 3 mars 2015, étaient contestées et invraisemblables. L'expertise du Dr G\_\_\_\_\_, spécialiste dont l'opinion devait être privilégiée, était absolument claire sur le fait d'une part qu'il n'y avait eu aucune lésion du genou droit en relation avec ledit accident, et d'autre part que les conséquences délétères de cet accident, d'un point de vue somatique, avaient cessé dès le 1<sup>er</sup> juin 2015 (et non dès juillet 2015, comme déclaré par le Dr E\_\_\_\_\_). Les considérations qu'Innova émettait à propos de la causalité naturelle et adéquate de l'accident sur l'état psychique de l'assuré étaient ineptes ; une différence de vitesse de 6.8 km/h entre les deux véhicules accidentés était très faible ; il ne faisait aucun doute que les affections psychiques constatées par la Dresse F\_\_\_\_\_ ne se trouvaient pas dans un rapport de causalité adéquate avec ledit accident, qui n'avait fait que révéler un état maladif, sans en être la cause. Une expertise privée ne pouvait pas constituer un moyen de preuve, de manière générale au sens de l'art. 168 al. 1 du code de procédure civile du 19 décembre 2008 (CPC - RS 272), et pas uniquement en tant qu'expertise au sens de l'art. 168 al. 1 let. d CPC ; une expertise privée n'aurait donc aucun sens, chacune des parties pouvant ensuite en contester les conclusions, particulièrement en l'espèce puisqu'il s'agirait d'une expertise sur acte, l'assuré n'étant plus à l'arrêt de travail. Depuis l'annonce faite le 1<sup>er</sup> juillet 2015 d'une incapacité de travail due à une maladie, Innova n'avait rien entrepris, ne serait-ce que pour étayer son refus d'entrer en matière, violant les conditions générales du contrat et manifestant sa volonté de laisser aux autorités judiciaires le soin de faire le travail à sa place. L'assuré avait satisfait à son devoir d'alléguer un fait (son incapacité de travail) de façon suffisamment précise pour permettre ensuite sa preuve et/ou sa contre-preuve, et la preuve avait été rapportée par l'audition de la Dresse F\_\_\_\_\_. Une contestation toute générale de la partie adverse ne suffisait pas, ainsi que Innova l'avait fait par son mémoire de réponse du 3 février 2016 ; en l'absence de contestation détaillée et motivée d'un certificat d'incapacité de travail, l'incapacité de travail alléguée devait être réputée non contestée ; il n'appartenait pas aux autorités judiciaires de suppléer aux carences d'Innova. Il devait dès lors être alloué à

l'assuré l'entier de ses conclusions. À titre parfaitement subsidiaire, pour le cas où la situation factuelle n'apparaissait pas suffisamment claire à la chambre des assurances sociales pour être tranchée, une expertise judiciaire devait être ordonnée. 29. La chambre des assurances sociales a transmis les déterminations précitées des 2 et 9 décembre 2016 à la partie n'en étant pas l'auteur, et elle a informé les parties que la cause était gardée à juger.

EN DROIT 1. a. Conformément à l'art. 7 du Code de procédure civile suisse du 19 décembre 2008 (CPC - RS 272) et à l'art. 134 al. 1 let. c de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale prévue par la LAMal, relevant de la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (loi sur le contrat d'assurance, LCA - RS 221.229.1). Sauf disposition contraire de la loi – en l'espèce inexistante, du fait que la loi fédérale du 24 mars 2000 sur les fors, à laquelle renvoie l'art. 46a phr. 2 LCA, a été abrogée au 1<sup>er</sup> janvier 2011 par l'entrée en vigueur du CPC (annexe 1 prévue par l'art. 402 CPC - RO 2010 1736) –, le for est, pour les actions dirigées contre les personnes morales, celui de leur siège (art. 10 al. 1 let. b CPC), sous réserve d'une élection de for, dont l'art. 17 al. 1 CPC consacre la possibilité. b. Il n'est pas contesté que l'employeur du demandeur est assuré auprès de la défenderesse dans le cadre d'une assurance d'indemnités journalières collective en cas de maladie. Ainsi que la défenderesse l'a expliqué, pièces justificatives à l'appui, ladite assurance est régie par les conditions générales d'assurance (ci-après : CGA) valant lors de sa conclusion auprès de l'assurance Phenix, rachetée en septembre 2010 par Helvetia puis transférée à la défenderesse s'agissant du portefeuille « maladie » (et à Solida Assurances SA s'agissant du portefeuille « accidents »), avec reprise desdites CGA. Les CGA de l'assurance collective perte de gain selon la LCA (win et cash) d'Innova, édition du 1<sup>er</sup> janvier 2013, auxquelles le demandeur s'est référée, ne sont donc pas applicables. La question des CGA applicables est cependant sans incidence dans la présente cause, déjà sur le sujet du for, les deux CGA invoquées reconnaissant aussi le for du domicile suisse de l'assuré (art. 19 al. 2 des CGA de Phenix et art. H4 des CGA d'Innova), mais aussi en l'occurrence sur le fond (pour des indemnités perte de gain requises pour la période du 1<sup>er</sup> juin 2015 au 29 février 2016), les deux CGA considérées conditionnant le droit à des indemnités perte de gain pour cause de maladie à l'existence d'une maladie provoquant une incapacité de travail dûment attestée. c. La compétence de la chambre de céans à raison de la matière et du lieu pour juger du cas d'espèce est ainsi établie, le demandeur étant domicilié dans le canton de Genève. d. La demande respecte les conditions de forme prévues par la loi (art. 130 s. CPC). 2. Les litiges relatifs aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie ne sont pas soumis à la procédure de conciliation préalable de l'art. 197 CPC lorsque les cantons ont prévu une instance cantonale unique selon l'art. 7 CPC (ATF 138 III 558 consid. 4.5 et 4.6; ATAS/577/2011 du 31 mai 2011), possibilité dont le législateur genevois a fait usage (art. 134 al. 1 let. c LOJ). 3. 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). La maxime inquisitoire sociale est applicable (art. 247 al. 2 let. a CPC). La jurisprudence applicable avant l'introduction du CPC, prévoyant l'application de la maxime inquisitoire sociale aux litiges relevant de l'assurance-maladie complémentaire, reste pleinement valable (ATF 127 III 421 consid. 2). Selon cette maxime, le juge doit établir d'office les faits, mais les parties sont tenues de lui présenter toutes les pièces nécessaires à l'appréciation du litige. Ce principe n'est pas une

maxime officielle absolue, mais une maxime inquisitoire sociale. Le juge ne doit pas instruire d'office le litige lorsqu'une partie renonce à expliquer sa position. En revanche, il doit interroger les parties et les informer de leur devoir de collaboration et de production des pièces; il est tenu de s'assurer que les allégations et offres de preuves sont complètes uniquement lorsqu'il a des motifs objectifs d'éprouver des doutes sur ce point. L'initiative du juge ne va pas au-delà de l'invitation faite aux parties de mentionner leurs moyens de preuve et de les présenter. La maxime inquisitoire sociale ne permet pas d'étendre à bien plaisir l'administration des preuves et de recueillir toutes les preuves possibles (ATF 125 III 231 consid. 4a). La maxime inquisitoire sociale ne modifie pas la répartition du fardeau de la preuve (arrêt du Tribunal fédéral 4C.185/2003 du 14 octobre 2003 consid. 2.1). Pour toutes les prétentions fondées sur le droit civil fédéral, l'art. 8 du Code civil suisse, du 10 décembre 1907 (CC; RS 210), en l'absence de règles contraires, répartit le fardeau de la preuve et détermine, sur cette base, laquelle des parties doit assumer les conséquences de l'échec de la preuve (ATF 133 III 323 consid. 4.1 non publié; 130 III 321 consid. 3.1; 129 III 18 consid. 2.6; 127 III 519 consid. 2a). Cette disposition ne prescrit cependant pas quelles sont les mesures probatoires qui doivent être ordonnées (cf. ATF 122 III 219 consid. 3c; 119 III 60 consid. 2c). Elle n'empêche pas le juge de refuser une mesure probatoire par une appréciation anticipée des preuves (ATF 121 V 150 consid. 5a). L'art. 8 CC ne dicte pas comment le juge peut forger sa conviction (ATF 122 III 219 consid. 3c; 119 III 60 consid. 2c; 118 II 142 consid. 3a). En tant que règle sur le fardeau de la preuve, il ne s'applique que si le juge, à l'issue de l'appréciation des preuves, ne parvient pas à se forger une conviction dans un sens positif ou négatif (ATF 132 III 626 consid. 3.4 et 128 III 271 consid. 2b/aa). Ainsi, lorsque l'appréciation des preuves le convainc de la réalité ou de l'inexistence d'un fait, la question de la répartition du fardeau de la preuve ne se pose plus (ATF 128 III 271 consid. 2b/aa).

4. En vertu de l'art. 8 CC, chaque partie doit, si la loi ne prescrit le contraire, prouver les faits qu'elle allègue pour en déduire son droit. En conséquence, la partie qui fait valoir un droit doit prouver les faits fondant ce dernier, tandis que le fardeau de la preuve relatif aux faits supprimant le droit, respectivement l'empêchant, incombe à la partie qui affirme la perte du droit ou qui conteste son existence ou son étendue. Cette règle de base peut être remplacée par des dispositions légales de fardeau de la preuve divergentes et doit être concrétisée dans des cas particuliers (ATF 128 III 271 consid. 2a/aa avec références). Ces principes sont également applicables dans le domaine du contrat d'assurance (ATF 130 III 321 consid. 3.1).

En principe, un fait est tenu pour établi lorsque le juge a pu se convaincre de la vérité d'une allégation. La loi, la doctrine et la jurisprudence ont apporté des exceptions à cette règle d'appréciation des preuves. L'allègement de la preuve est alors justifié par un « état de nécessité en matière de preuve » (Beweisnot), qui se rencontre lorsque, par la nature même de l'affaire, une preuve stricte n'est pas possible ou ne peut être raisonnablement exigée, en particulier si les faits allégués par la partie qui supporte le fardeau de la preuve ne peuvent être établis qu'indirectement et par des indices (ATF 132 III 715 consid. 3.1; ATF 130 III 321 consid. 3.2). Tel peut être le cas de la survenance d'un sinistre en matière d'assurance-vol (ATF 130 III 321 consid. 3.2) ou de l'existence d'un lien de causalité naturelle, respectivement hypothétique (ATF 132 III 715 consid. 3.2). Le degré de preuve requis se limite alors à la vraisemblance prépondérante (die überwiegende Wahrscheinlichkeit), qui est soumise à des exigences plus élevées que la simple vraisemblance (die Glaubhaftmachung). La vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ou hypothèses envisageables ne revêtent une

importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 133 III 81 consid. 4.2.2; ATF 132 III 715 consid. 3.1; ATF 130 III 321 consid. 3.3). En vertu de l'art. 8 CC, la partie qui n'a pas la charge de la preuve a le droit d'apporter une contre-preuve. Elle cherchera ainsi à démontrer des circonstances propres à faire naître chez le juge des doutes sérieux sur l'exactitude des allégations formant l'objet de la preuve principale. Pour que la contre-preuve aboutisse, il suffit que la preuve principale soit ébranlée, de sorte que les allégations principales n'apparaissent plus comme les plus vraisemblables (ATF 130 III 321 consid. 3.4). Le juge doit procéder à une appréciation d'ensemble des éléments qui lui sont apportés et dire s'il retient qu'une vraisemblance prépondérante a été établie (ATF 130 III 321 consid. 3.4; arrêt du Tribunal fédéral 4A\_61/2011 du 26 avril 2011 consid. 2.1.1).

5. Sur le fond, le litige porte sur le droit du demandeur à des indemnités perte de gain du 1<sup>er</sup> juin 2015 au 29 février 2016 en raison d'une incapacité de travail pour cause de maladie, soit plus précisément sur la base du diagnostic de stress post-traumatique et d'une incapacité totale de travail en résultant respectivement posé et certifiée par la Dresse F\_\_\_\_\_. Se prévalant de considérations procédurales, le demandeur fait cependant valoir qu'il a allégué suffisamment les faits fondant sa prétention précitée (chiffrée, après amplification, à CHF 21'555.-), mais que la défenderesse n'a, à un quelconque stade de la cause depuis l'annonce du sinistre, rien entrepris aux fins d'examiner la prétention émise et s'est contentée de contester cette dernière de façon toute générale, si bien que les faits fondant sa prétention doivent être réputés établis et ses conclusions lui être allouées entièrement, une expertise privée n'ayant en tout état pas plus de valeur qu'un allégué susceptible d'être contesté. La défenderesse objecte de son côté que le demandeur refusait sans justification de collaborer à l'établissement des faits de la cause, tandis qu'elle avait apporté la preuve de ses propres allégations, respectivement la contre-preuve des allégués du demandeur, si bien qu'il faut débouter ce dernier de toutes ses conclusions.

6. a. Selon la jurisprudence, seules doivent être prouvées les allégations qui sont expressément contestés. Une telle contestation doit être suffisamment précise afin que l'on puisse déterminer quelles sont les allégations du demandeur qui sont contestées. Le degré de la motivation d'une allégation exerce une influence sur le degré exigible de motivation d'une contestation ; plus détaillées sont certaines allégations de la partie qui a le fardeau de la preuve, plus concrètement la partie adverse doit expliquer quels sont au sein de celles-ci les éléments de fait qu'elle conteste ; le fardeau de la contestation ne saurait toutefois entraîner un renversement du fardeau de la preuve (ATF 141 III 433 consid. 2.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 4A\_318/2016 du 3 août 2016 consid. 3.1). Si, en procédure simplifiée, la demande est soumise à des exigences allégées par rapport à une demande en procédure ordinaire, y compris en matière d'énonciation des faits et des preuves offertes, elle n'en doit pas moins comporter une description suffisante de l'objet du litige (art. 244 al. 1 CPC), et les faits pertinents susceptibles de fonder les prétentions émises doivent être allégués à tout le moins lors des débats (art. 245 CPC).

b. En l'espèce, avant d'agir judiciairement, le demandeur ne fondait des prétentions en versement d'indemnités perte de gain postérieurement au 31 mai 2015 que sur l'événement accidentel qu'il avait subi le 3 mars 2015. Il ne s'est adressé à la défenderesse, pour la première fois le 1<sup>er</sup> juillet 2015, qu'à titre subsidiaire, soit seulement pour le cas où son incapacité de travail ne devait finalement être considérée comme étant dans un lien de causalité avec ledit accident, ainsi que l'assureur-accidents l'avait décidé par une décision qu'il avait frappée d'opposition. Il n'a alors pas fait mention – du moins n'allègue-t-il et ne démontre-t-il pas le contraire – de troubles psychiques, les pièces jointes à son courrier du 1<sup>er</sup> juillet 2015

étant la décision de l'assureur-accidents ainsi que deux certificats non motivés d'incapacité totale de travail (mais pas même l'attestation, pourtant déjà disponible, évoquant un état de stress post-traumatique provoquant un arrêt de travail prolongé au moins jusqu'à la fin de l'année). Dans le formulaire « Déclaration d'incapacité de travail – Indemnité journalière collective » que son employeur a retourné le 28 juillet 2015 à la défenderesse a été indiqué, sous la rubrique « Maladie », qu'il s'agissait des suites de l'accident du 3 mars 2015. L'assuré a fait mention, sans la moindre précision, de problèmes psychiques en plus de problèmes somatiques dans le courrier qu'il a adressé le 24 août 2015 à la défenderesse, en indiquant le nom de ses deux médecins, respectivement le Dr E\_\_\_\_\_ et la Dresse F\_\_\_\_\_. Il ne ressort pas du dossier que l'assuré aurait communiqué à la défenderesse une copie du courrier de la Dresse F\_\_\_\_\_ du 12 octobre 2015, invoquant un état de stress post-traumatique consécutif à l'accident précité, à la suite duquel deux souvenirs liés à d'autres situations de la vie dans lesquelles il s'était senti menacé de mort remontaient sans cesse à lui alors qu'ils s'étaient jusque-là estompés. Il est compréhensible et normal, dans ces conditions, que la défenderesse n'ait, à ce stade, pas entrepris d'investigations aux fins de vérifier si le demandeur était atteint d'une maladie, alors que lui-même prétendait être victime d'un accident. c. Accompagnée notamment d'une copie du courrier précité du 12 octobre 2015 de la Dresse F\_\_\_\_\_, la demande en paiement que le demandeur a déposée le 8 décembre 2015 devant la chambre de céans contre la défenderesse – avant que l'assureur-accidents ne rende sa décision sur opposition (ce que celui-ci fera le 11 février 2016) – a fait état de l'accident de la circulation du 3 mars 2015, des douleurs que celui-ci a provoquées, de la prise en charge du cas par l'assureur-accidents, de la décision de ce dernier, sur la base du rapport du Dr G\_\_\_\_\_, de cesser le versement de prestations dès le 1<sup>er</sup> juin 2015, se limitant pour le surplus – alors qu'il s'agirait le cas échéant de points essentiels pour les prétentions émises – d'indiquer simplement que son incapacité totale de travail s'était poursuivie au-delà du 1<sup>er</sup> juin 2015 « en raison de son état psychique ». Il est compréhensible et normal que la défenderesse, à ce stade, ait proposé la suspension de la procédure jusqu'à droit connu sur la prise en charge des conséquences de l'accident invoqué par l'assureur-accidents. Elle l'a fait au demeurant non sans contester tout droit – provisoire ou définitif – du demandeur à des prestations de l'assurance collective perte de gain pour cause de maladie, en des termes suffisamment détaillés et motivés, au regard des allégués et des pièces du dossier à sa disposition, pour que les allégations du demandeur doivent être considérées comme valablement contestées. Il était évident que le demandeur restait tenu déjà d'alléguer de façon plus détaillée des faits susceptibles de fonder ses prétentions, et aussi de les prouver. Le demandeur, représenté par un avocat, ne pouvait l'ignorer. d. Lors de l'audience du 20 septembre 2016, la chambre de céans n'a pas manqué d'attirer explicitement l'attention des parties, en particulier du demandeur, sur leur devoir d'alléguer et prouver les faits pertinents, y compris lors de l'audition de la Dresse F\_\_\_\_\_. Cette dernière, soutenue par l'avocat du demandeur, n'a pas voulu pour autant expliciter les deux événements lors desquels ce dernier s'était senti menacé de mort, événements qui, à la suite et en raison (a-t-elle insisté) de l'accident du 3 mars 2015, étaient remontés sans cesse à son esprit, en flash-back, et avaient contribué, avec la crainte qu'il avait ressentie de « finir en chaise roulante » lors dudit accident, à lui causer un état de stress post-traumatique ayant été incapacitant du 1<sup>er</sup> juin 2015 au 29 février 2016. Tout au plus a-t-elle concédé d'indiquer qu'il s'agissait d'une part d'événements traumatiques répétitifs, complètement oubliés, qui étaient survenus alors qu'il avait entre cinq et sept ans, et d'une part d'un événement qu'il avait vécu en Russie ou en Ukraine, comme jeune adulte, alors

qu'il s'était trouvé confronté dans un ascenseur à un agresseur muni d'un couteau et avait sauvé sa vie en remettant à celui-ci l'argent qu'il avait sur lui pour louer un appartement. Le demandeur n'a nullement développé ces faits dans ses écritures subséquentes. Or, il appert que des allégués aussi vagues et imprécis ne sauraient suffire à permettre d'admettre l'existence, en lien avec eux, d'un état de stress post-traumatique de surcroît totalement incapacitant. Ces faits restaient contestés, sans que la défenderesse n'ait à motiver et détailler leur contestation, et ils devaient donc être non seulement davantage allégués mais aussi prouvés par le demandeur. e. Le demandeur n'a aucunement démontré la réalité de ces faits. En audience, par la voix de son avocat, il a au contraire indiqué que c'était l'accident du 3 mars 2015, et non ces événements remontant en flash-back, qui avaient été la cause de son incapacité de travail. De son côté, la Dresse F\_\_\_\_\_ n'a pu faire état d'aucun élément de preuve de la survenance effective et du déroulement desdits événements. Elle en est venue à dire que le second desdits événements (l'agression dans un ascenseur) ne revenait en réalité pas comme flash-back au demandeur, puis pas non plus les événements traumatiques répétitifs de l'enfance, qui, eux, engendraient en lui de la colère et de l'angoisse ; et elle a alors fait état du choc de l'accident lui-même, soit de celui dont le demandeur, dans l'écriture de son avocat du 9 décembre 2016, a contesté, compte tenu d'une différence de vitesse de seulement 6.8 km/h entre les deux véhicules accidentés, qu'il pût avoir causé ses affections psychiques. f. Le demandeur n'a pas davantage allégué un tant soit peu précisément et encore moins prouvé d'autres faits susceptibles d'avoir constitué une maladie, en particulier un état de stress post-traumatique, qui aurait provoqué une incapacité de travail (de surcroît totale) durant la période litigieuse et pourrait engager la responsabilité contractuelle de la défenderesse de lui verser les indemnités réclamées de perte de gain pour cause de maladie. Il a contesté qu'il y eût une cause somatique à la prétendue incapacité de travail du demandeur. L'avis de la Dresse F\_\_\_\_\_, qui n'est pas psychiatre, n'emporte pas conviction, ni quant au diagnostic qu'elle a posé, ni quant à l'appréciation qu'elle a faite de son effet incapacitant. Son rapport du 12 octobre 2015, sous forme d'un courrier répondant à l'avocat du demandeur, ne vaut d'ailleurs pas davantage moyen de preuve qu'une expertise privée, mais simple allégation (ATF 140 III 24 consid. 3.3.3 ; 132 III 83 consid. 3.4). g. La défenderesse a offert d'effectuer une expertise psychiatrique conjointement avec le demandeur, en proposant à ce dernier le choix entre cinq experts (au demeurant sans refuser d'avance d'autres propositions) et en lui soumettant dix questions pertinentes au regard de la problématique soulevée, à poser à l'expert qui serait retenu d'un commun accord (sans du tout s'opposer d'avance à des questions complémentaires que le demandeur aurait éventuellement pu souhaiter poser à l'expert). Le demandeur a refusé cette offre, sous prétexte qu'une expertise privée ne constitue pas un moyen de preuve. Sans doute une expertise privée n'est-elle pas un moyen de preuve au sens de l'art. 168 al. 1 CPC, mais doit-elle être assimilée aux allégués de la partie qui la produit (ATF 141 III 433 consid. 2.6 ; 140 III 24 consid. 3.3.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 4A\_318/2016 du 3 août 2016 consid. 3.1). Une expertise privée produite par les deux parties représenterait cependant un moyen de preuve, ne serait-ce que sous réserve de points que l'une d'elles contesterait ; rien ne justifie de tenir cette hypothèse d'avance pour réalisée ; le cas échéant, une contestation limiterait les points sur lesquels principalement le demandeur, portant le fardeau de la preuve, devrait encore fournir d'autres indices probants suffisants ou, subsidiairement, ceux sur lesquels la défenderesse devrait ou entendrait apporter des contre-preuves. Le refus du demandeur de participer à l'expertise extrajudiciaire que la défenderesse lui a proposée représente un refus de collaborer à

l'établissement des faits pertinents. La maxime inquisitoire sociale ne commande pas que la chambre de céans supplée à cette carence. h. Le demandeur doit, dans ces conditions, être débouté de toutes ses conclusions. 7. Il ne sera pas perçu de frais judiciaires (art. 114 let. e CPC), bien que la position du demandeur frise la témérité (art. 115 CPC).

8. Il ne sera pas alloué de dépens à la charge du demandeur (art. 22 al. 3 let. b 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]), donc en faveur de la défenderesse, ni, eu égard à l'issue du litige, en faveur du demandeur. \* \* \* \* \* 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.