

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1537/2025

ATAS/476/2026

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 15 mai 2026

Chambre 3

En la cause

A_____

demandeur

contre

B_____ SA

défenderesse

**Siégeant : Karine STECK, présidente; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, juges
assesseurs**

EN FAIT

- A.** **a.** A_____ (ci-après : l'intéressé), marié à C_____, travaillait depuis le 1^{er} janvier 2007 en qualité d'employé au sein de l'entreprise individuelle de sa femme, D_____, entreprise générale de nettoyage à E_____. À ce titre, il bénéficiait d'une assurance collective d'indemnités journalières en cas de maladie auprès de B_____ SA (ci-après : l'assurance). Dans le cadre de la police n°1_____ du 12 mars 2007, résiliée par l'assurance avec effet au 31 décembre 2014, deux réserves avaient été émises pour toute incapacité de travail due à la maladie coronarienne préexistante ou à ses complications cardiaques, ainsi que pour toute incapacité de travail due à une cervicalgie et à une lombosciatalgie gauche.
- b.** Depuis le 1^{er} juin 2017, l'intéressé collabore en qualité d'agent d'entretien au sein de l'entreprise F_____ Sàrl à E_____ (ci-après : l'employeuse), dont son épouse est associée gérante avec signature individuelle.
- B.** **a.** Le 20 juin 2017, l'employeuse a signé une proposition d'assurance perte de gain en cas de maladie, en répondant par la négative à la question de savoir s'il y avait, parmi les personnes à assurer, des invalides, des personnes avec des maladies chroniques ou des personnes en incapacité de travail ou pour lesquelles une incapacité de travail prolongée était prévue.
- b.** L'intéressé a été mis au bénéfice d'une police d'assurance perte de gain en cas de maladie n° 2_____ contractée par son employeuse auprès de l'assurance, depuis le 21 juin 2017. Les conditions générales d'assurance (édition 2015) sont applicables à cette police d'assurance.
- c.** Par déclaration du 10 mai 2022, l'employeuse a annoncé à l'assurance une incapacité de travail de l'intéressé pour cause de maladie depuis le 7 mars 2022.
- d.** Ce sinistre a été enregistré sous le numéro 3_____.
- e.** Le docteur G_____, médecin praticien, a établi le 11 mars 2022 un certificat d'arrêt de travail total pour cause de maladie dès le 7 mars 2022, qu'il a prolongé à réitérées reprises jusqu'à fin février 2025.
- f.** Dans un rapport du 13 juin 2022, le Dr G_____ a posé les diagnostics de tendinopathie sévère, lombalgie basse et cervicalgie. Les premiers symptômes étaient apparus en 2017 et avaient été influencés par un accident survenu cette année-là. La première consultation remontait à septembre 2017. Le patient n'avait pas déjà été en traitement pour la même affection. L'incapacité de travail était totale depuis le 7 mars 2022 (selon l'évolution). Le pronostic était réservé.

g. Dans un rapport du 18 juillet 2022, le Dr G_____ a indiqué que l'intéressé était traité :

- depuis 2017 pour la tendinopathie sévère ; les périodes d'incapacité de travail s'étendaient du 4 septembre 2017 au 31 août 2018 ;
- depuis mars 2022 pour la lombalgie basse et la cervicalgie ; les périodes d'incapacité de travail remontaient au 7 mars 2022 (selon l'évolution).

Le médecin avait délégué les soins au docteur H_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, en 2017 et depuis avril 2022. Toutes les affections médicales énumérées dans son précédent rapport justifiaient un arrêt de travail.

h. Dans un rapport du 1^{er} septembre 2022, le Dr G_____ a exposé que le début de la prise en charge avait eu lieu le 10 avril 2007, à la suite d'un accident survenu le 27 mars 2007. Depuis lors, le patient se plaignait de cervicalgies hautes, d'une lombosciatalgie gauche et d'une céphalée bitemporale. Le traitement avait consisté en AINS et séances de physiothérapie et d'ergothérapie. L'évolution au niveau de l'épaule gauche avait été lentement favorable et le patient avait repris le travail à 50% à partir du 17 mai 2016. Le 4 septembre 2017, il avait été victime d'un nouvel accident qui avait péjoré les douleurs au niveau de l'épaule gauche.

i. À la demande de l'assurance, la Permanence médico-chirurgicale I_____ SA lui a communiqué les pièces médicales concernant l'intéressé pour les années 2006 et 2007, mettant notamment en évidence une contusion de la colonne cervico-lombaire à la suite d'un accident survenu le 27 mars 2007.

j. Par lettre du 21 novembre 2022, l'assurance a informé l'intéressé qu'aucun versement ne serait effectué pour le sinistre n° 3_____, au motif que ce dernier était survenu avant la date d'effet de la police n° 2_____. L'intéressé avait déjà souffert, chroniquement, de maladies diagnostiquées par le Dr G_____ dans le cadre du sinistre n° 3_____ et avait, à de nombreuses reprises, été arrêté longuement dans ses activités professionnelles.

k. Le lendemain, l'assurance a avisé l'employeuse de la clôture du dossier, les conditions pour prester dans le sinistre n° 3_____ n'étant pas réunies.

l. Le 16 décembre 2022, l'intéressé a contesté la prise de position de l'assurance. S'en sont suivis des échanges de correspondances entre les parties.

m. À la demande de l'intéressé, le 18 août 2023, l'assurance lui a transmis certaines pièces à l'appui de son refus de prester, en particulier :

- un rapport du Dr H_____ du 28 juin 2017, relatif à une consultation du 22 juin 2017 en lien avec des douleurs à l'épaule gauche ;

- un rapport du Dr H_____ du 26 septembre 2017, portant sur une consultation du 25 septembre 2017 et mettant en évidence une tendinopathie sévère de l'insertion du sus-épineux de l'épaule gauche ;
- un rapport du docteur J_____, spécialiste en radiologie, du 17 novembre 2016, évoquant une tendinopathie calcifiante du tendon subscapulaire de l'épaule gauche ;
- un rapport du Dr H_____ du 27 décembre 2016, faisant état d'une nette diminution des douleurs après une trituration de l'épaule gauche pour tendinopathie calcifiante ;
- un rapport du Dr H_____ du 19 novembre 2019, mentionnant des douleurs à l'épaule gauche, réapparues début 2017 ;
- une note de consultation du Dr H_____ du 21 avril 2022, en lien avec les douleurs à l'épaule gauche et des investigations pour la colonne cervicale ;
- un rapport du Dr J_____ du 30 mai 2022, relatif à une trituration de l'épaule gauche sous contrôle échographique en raison d'une tendinopathie calcifiante du tendon supra-épineux.

n. Dans un rapport du 22 avril 2024, le Dr H_____ a indiqué que l'intéressé était suivi depuis 2016 dans le contexte d'une tendinopathie calcifiante du sus-épineux de l'épaule gauche, diagnostic qui avait été reconfirmé par une imagerie par résonance magnétique (IRM) du 23 mars 2022. La symptomatologie était résistante à tout traitement conservateur. Une consultation avait eu lieu le 7 mars 2024 en raison d'une décompensation des douleurs.

o. Le 8 mai 2024, le docteur K_____, spécialiste en chirurgie et médecin-conseil de l'assurance, a considéré, sur la base de diverses pièces médicales, que l'intéressé était un patient connu de longue date pour les affections mentionnées dans le rapport du Dr G_____ du 13 juin 2022 concernant la déclaration de sinistre du 10 mai 2022. Il ne s'agissait pas de pathologies pour lesquelles l'intéressé n'aurait jamais été soigné auparavant.

- C. a.** Par acte daté du 9 avril 2025, posté le 3 mai 2025, l'intéressé a saisi la Cour de céans d'une demande en paiement, en concluant, sous suite de frais et dépens, à ce que l'assurance soit condamnée à lui verser un montant brut de CHF 86'400.-, assorti d'intérêts à 5% l'an dès le 7 mars 2022 (correspondant à une période d'indemnisation de 24 mois au titre de l'assurance perte de gain conclue par l'employeuse), sous réserve d'amplification.

Le demandeur fait valoir que, dans la mesure où il est dans l'incapacité totale de travailler depuis le 7 mars 2022, il a droit aux indemnités journalières, correspondant à 80% de son salaire mensuel brut de CHF 4'500.-, pour une période de 730 jours, sous déduction d'un délai d'attente de 30 jours.

Il argue que l'associée gérante de l'employeuse, en remplissant la proposition d'assurance en date du 20 juin 2017, ne disposait pas des compétences requises pour déterminer s'il devait être réputé souffrir de « maladies chroniques ». Le demandeur rappelle que les questions de l'assureur doivent être précises, non équivoques et qu'elles doivent être interprétées, en cas de doute, à l'encontre de leur rédacteur (interprétation *contra stipulatorem*).

Par ailleurs, la défenderesse était déjà informée, en date du 20 juin 2017, de sa situation médicale, puisqu'elle était déjà intervenue dans plusieurs sinistres le concernant. Elle était donc à même de se prononcer sur son état de santé, indépendamment des réponses apportées par la preneuse d'assurance dans la proposition d'assurance.

En outre, l'offre d'assurance perte de gain indiquait que la couverture incluait les maladies préexistantes. Dès lors, son employeuse pouvait ne pas accorder une importance particulière au fait qu'il avait déjà eu des incapacités de travail pour cause de maladie.

Aux yeux du demandeur, la défenderesse ne peut plus invoquer un cas de réticence à l'appui de son refus de prester, dont il estime qu'il est en réalité dicté par une forme d'exaspération, pour ne pas dire de suspicion (prétention frauduleuse) à l'égard de ses problèmes médicaux.

Enfin, le demandeur relève que la défenderesse n'a pas invoqué la nullité du contrat au motif que le sinistre serait déjà survenu lors de son incapacité de travail du 5 septembre 2017 au 30 mai 2018, quand bien même elle disposait d'éléments attestant d'une même proximité entre l'incapacité de travail litigieuse (sans pour autant qu'il s'agisse d'un cas de rechute) et celles ayant eu lieu entre 2009 et 2013, prises en charge par la défenderesse.

Le demandeur produit en particulier :

- un arrêt de la Cour de céans du 10 juin 2015 (ATAS/409/2015) l'opposant à la défenderesse, en lien avec un sinistre annoncé le 27 avril 2009 ;
- des certificats d'arrêt de travail à 100% pour cause de maladie pour les périodes du 31 octobre 2022 au 1^{er} avril 2023 et du 28 avril au 28 juin 2023, établis par la docteure L_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

b. Invitée à se déterminer, la défenderesse, dans sa réponse du 3 juillet 2025, a conclu, sous suite de frais et dépens, préalablement, à l'audition des parties et à la mise en œuvre d'une expertise par un spécialiste du rachis ou un rhumatologue, principalement, au rejet de la demande.

La défenderesse admet que la proposition signée le 20 juin 2017 offrait une couverture « intégrale » des « maladies préexistantes », mais conteste que cette clause couvre des sinistres déjà survenus ayant provoqué une ou des interruptions temporaires de travail. Elle explique que les contrats d'assurance en perte de gain

maladie conclus au bénéfice de cinq employés ou plus ne sont pas accompagnés de questionnaires médicaux, ni des noms et qualités des personnes employées au bénéfice desquelles le contrat est conclu. Dans ces conditions, la défenderesse se fonde exclusivement sur les déclarations du preneur d'assurance, sans possibilité pour elle, au moment de la souscription, de vérifier les antécédents médicaux des bénéficiaires. Le contrat d'assurance perte de gain maladie souscrit par l'employeuse le 20 juin 2017 couvrait un total de sept employés et n'était donc pas soumis à un questionnaire de santé, ni à l'obligation faite au preneur d'assurance de nommer les bénéficiaires de la future police. La défenderesse considère que l'associée gérante de l'employeuse, en sa qualité d'épouse du demandeur, ne pouvait légitimement ignorer que ce dernier avait été en incapacité de travail durant 1951 jours depuis le 28 mars 2007 et prétendre en méconnaître les motifs.

La défenderesse constate que le demandeur a été en incapacité de travail :

- du 28 mars 2007 au 31 janvier 2009 (676 jours), prise en charge par l'assureur-accidents, en raison de troubles à la colonne cervicale et lombaire, de céphalées et de cervico-brachialgies à la suite d'une chute dans un escalier ;
- du 1^{er} février 2009 au 21 février 2011 (751 jours), prise en charge par la défenderesse dans le cadre de la police d'assurance perte de gain maladie n° 1_____, en raison de troubles des cervicales et de la colonne lombaire (n° de sinistre 09-142713) ;
- du 1^{er} avril 2012 au 30 avril 2013 (395 jours), prise en charge par la défenderesse dans le cadre de la police d'assurance perte de gain maladie n° 1_____, en raison de céphalées, de cervico-brachialgies et d'un épisode dépressif sévère (n° de sinistres 4_____ et 5_____) ; et
- du 5 février au 12 juin 2016 (129 jours), prise en charge par l'assureur-accidents (n° de sinistre 6_____) en raison de dorsalgies, omalgies gauches et de douleurs au niveau du coude gauche.

La défenderesse relève que, d'après l'arrêt précité de la Cour de céans du 10 juin 2015, le Dr G_____ suit le demandeur à tout le moins depuis 2009, notamment pour des lombalgies et des cervicalgies dont son patient souffre depuis 2007.

Dans le cadre d'un ancien sinistre n° 7_____ ouvert auprès d'elle, le demandeur a répondu, le 20 avril 2018, à un questionnaire en indiquant qu'il avait été victime d'un accident en février 2016 qui lui avait causé des lésions à l'épaule gauche pour lesquelles il était suivi par le Dr H_____, ce que le Dr G_____ ne pouvait ignorer, dès lors que ce dernier y était mentionné comme médecin traitant du demandeur.

Dans le cadre de la gestion de ce sinistre, le Dr H_____ a transmis à la défenderesse des documents – dont un rapport du 5 février 2014 relatif à une

consultation de l'avant-veille faisant état d'une arthrose acromio-claviculaire et des signes de tendinopathie de la coiffe supérieure de l'épaule gauche – en soulignant que le demandeur se plaignait de douleurs depuis quatre ans. Dans un rapport du 28 juin 2017, le même spécialiste a indiqué avoir vu le demandeur fin 2016 pour une calcification du sus-épineux (de l'épaule gauche) ayant été triturée avec un résultat clinique excellent, mais que le patient s'était à nouveau plaint de douleurs depuis début 2017. Dans un rapport du 17 novembre 2016, le Dr J_____ a mentionné avoir effectué une trituration sous contrôle échographique de l'épaule gauche en raison d'une tendinopathie calcifiante du tendon subscapulaire.

Dans la déclaration de sinistre du 14 février 2016 adressée à l'assureur-accidents, il était fait état d'une chute survenue le 5 février 2016, lors de laquelle un container était venu heurter le dos du demandeur (plus précisément l'épaule). Dans un rapport du 6 juin 2016, le Dr G_____ a répondu à l'assureur-accidents qu'un container avait percuté le demandeur par l'arrière avec un impact au niveau dorsal haut et de l'omoplate à gauche. Le patient s'était rattrapé avec le bras gauche lors de sa chute. Depuis lors, il souffrait de douleurs dans le dos et au niveau de son bras gauche. Il ressentait parfois des picotements dans l'avant-bras et les doigts gauches. Le médecin posait les diagnostics de dorsalgie, omalgie gauche et douleur au niveau du coude gauche post-traumatiques.

La défenderesse en tire la conclusion que le demandeur souffre en toute hypothèse depuis 2007 d'affections chroniques de la colonne lombaire et cervicale, en sus d'omalgies, ayant entraîné des incapacités de travail à répétition pour lesquelles l'assureur-accidents et elle-même ont déjà largement presté. Ces maladies et affections chroniques sont susceptibles de causer des incapacités de travail prolongées, ce que l'épouse de l'intéressé, gérante de l'employeuse, ne pouvait raisonnablement prétendre ignorer ou avoir ignoré.

Si, par impossible, la Cour de céans s'estimait insuffisamment informée à cet égard, la défenderesse sollicite la mise en œuvre d'une expertise en vue de constater la chronicité des affections de la colonne dont souffre le demandeur depuis plus de 18 ans. Selon elle, les lombalgies basses et les cervicalgies dont le demandeur se plaint dans la présente procédure sont strictement identiques à celles qu'il a présentées avant la souscription de la nouvelle police d'assurance, entre 2007 et 2017, ce que ni lui, ni son épouse, ni son médecin traitant n'ignoraient. La maladie, objet de la présente procédure, s'étant déclarée avant la conclusion du contrat d'assurance, ce dernier est nul conformément à la loi, de manière impérative.

La défenderesse produit :

- les pièces médicales précitées ;

- deux captures d'écran « Historique des mouvements [des prestations fournies en faveur du demandeur] » en lien avec un sinistre du 1^{er} février 2009, respectivement du 29 mai 2012 ;
- une appréciation de l'assureur-accidents du demandeur du 4 février 2009, en lien avec un accident du 9 mai 2007 ;
- l'arrêt de la Cour de céans du 1^{er} juin 2011 (ATAS/589/2011) opposant le demandeur à son assureur-accidents.

c. Dans sa réplique du 1^{er} septembre 2025, le demandeur a persisté dans ses conclusions principales, et sollicité, préalablement, l'audition des parties, la mise en œuvre d'une ou plusieurs expertise(s), l'audition de l'associée gérante de l'employeuse, celle des Drs G_____, H_____ et K_____ en qualité de témoins et la production par la défenderesse de toutes pièces utiles (courriers, courriels, mandat d'expertise, etc.) en lien avec le mandat confié au Dr K_____, auteur de l'appréciation du 8 mai 2024.

Le demandeur allègue que la défenderesse savait ou devait savoir que la nouvelle police d'assurance, émise au nom d'une société dont le nom est identique à celui du demandeur, était également souscrite en faveur de ce dernier. La gérante de l'employeuse n'ignorait pas les incapacités de travail ayant affecté le demandeur depuis 2007 à tout le moins, mais elle n'était pas en mesure de se déterminer sur les raisons médicales pour lesquelles celui-ci avait été déclaré inapte à exercer sa profession. Elle ne disposait d'aucun élément, de nature médicale notamment, lui permettant de conclure que son employé souffrait de « maladies chroniques ».

Le demandeur conteste les allégations de la défenderesse selon lesquelles il souffrirait d'affections chroniques de la colonne lombaire et cervicale susceptibles de causer des incapacités de travail prolongées que son employeuse connaissait ou devait connaître.

Il ajoute qu'il ne présentait pas, au moment de la souscription de l'assurance perte de gain maladie par son employeuse en 2017, d'affections et maladies chroniques. Les affections dont il se plaint actuellement ne sont pas strictement identiques à celles dont il a souffert avant la souscription de la nouvelle police d'assurance, entre 2007 et 2017.

Il constate que le médecin-conseil, dans son appréciation du 8 mai 2024, n'a pas répondu à la question de savoir si la dernière incapacité de travail du 7 mars 2022 était identique ou non aux précédentes incapacités de travail. Il en infère que la maladie, objet de la présente procédure, ne s'était pas déjà déclarée au moment de la conclusion du contrat d'assurance et que la défenderesse ne peut donc se soustraire à ses obligations contractuelles.

d. Dans sa duplique du 9 octobre 2025, la défenderesse a persisté dans ses conclusions.

Elle argue que les règles de la bonne foi lui imposent et lui permettent de se fier aux déclarations du preneur d'assureur, dont elle est en droit de penser qu'elles sont conformes à la vérité.

Par ailleurs, les règles de la loi sur la protection des données lui imposent d'anonymiser ses procédures et de ne pas entreprendre de « fouilles » tendant à la vérification des antécédents médicaux des bénéficiaires de police, de telles investigations n'étant de toute manière pas réalisables s'agissant de contrats de masse.

La police d'assurance antérieure a été souscrite par l'épouse du demandeur en personne, au bénéfice de sa raison individuelle et de ses employés. La seconde police a été souscrite au nom de la société commerciale F_____ Sàrl, dont le demandeur n'est pas un organe formel. Les preneurs d'assurance, de même que leur adresse/siège, étaient différents, sans possibilité pour la défenderesse de savoir que le second était conclu au bénéfice du demandeur, dont les prénom et nom n'étaient nullement mentionnés dans la police. La défenderesse sollicite à cet égard son audition et celle, en qualité de témoin, de M_____, son *corporate underwriting expert*, qui pourrait expliquer les procédures de souscription et les vérifications effectuées.

La défenderesse ne voit par ailleurs pas l'utilité de convoquer les Drs G_____ et H_____, dans la mesure où les allégués sur lesquels ils pourraient témoigner ont été admis par le demandeur. Si la Cour de céans devait considérer comme insuffisants les renseignements sur l'état médical du demandeur, malgré le dossier très volumineux qui a déjà été produit, elle devrait alors ordonner une expertise.

Contrairement à ce que prétend le demandeur, son médecin-conseil, dans son appréciation du 8 mai 2024, ne s'est montré ni réservé, ni prudent en formulant ses conclusions, sur la base d'une anamnèse complète.

Pour le surplus, la défenderesse rappelle que le demandeur sollicite des prestations d'assurance pour un événement déjà survenu, ce qui est contraire à l'interdiction de l'assurance rétroactive.

e. La Cour de céans a tenu une audience de débats le 13 novembre 2025, à l'issue de laquelle elle a accordé un délai au demandeur pour lui faire parvenir la liste des actes d'instruction qu'il requerrait, a pris acte que la défenderesse sollicitait l'apport du dossier médical complet du demandeur et, subsidiairement, la mise sur pied d'une expertise, et réservé la suite de la procédure.

f. Par écriture du 9 décembre 2025, le demandeur a formulé les mêmes demandes d'actes d'instruction que celles figurant dans sa réplique.

g. Par écriture du 10 décembre 2025, l'intéressé demande qu'il lui soit confirmé que la « décision litigieuse » (sic) porte exclusivement sur sa situation individuelle. Il s'interroge sur les éléments de son comportement ou de son dossier qui justifieraient l'absence de paiement des prestations. Il indique qu'en

2019, la défenderesse a sollicité un rapport d'un médecin sans disposer d'une procuration et sans l'en avoir informé. Il se questionne sur les motifs d'une telle démarche. Il se demande également si son adresse a une incidence sur le traitement de son dossier et sur quelle base les deux polices seraient distinctes, dès lors que la deuxième mentionne que tous les contrats de l'ancienne police ont été rapatriés sur la nouvelle police, avec pour conséquence une continuité contractuelle.

h. Dans ses déterminations du 12 janvier 2026, la défenderesse a persisté dans ses conclusions.

Elle s'oppose à l'audition des Drs G_____, H_____ et K_____. Les deux premiers se sont déjà abondamment exprimés par écrit, le dossier médical du demandeur étant très abondant et explicite tant sur les nombreuses affections souffertes que sur les causes de ses innombrables incapacités de travail. Leur audition est de plus requise sur des faits que le demandeur admet purement et simplement. Le Dr K_____, quant à lui, n'est pas témoin des faits litigieux. Il est uniquement intervenu en qualité de médecin-conseil, à seule fin de donner un avis étayé sur la question de savoir si les raisons médicales du sinistre en cause sont similaires à celles ayant déjà entraîné des interruptions temporaires de travail ayant donné lieu à l'octroi d'indemnités pour perte de gain.

Pour les mêmes motifs, la défenderesse s'oppose à la transmission des communications internes entre le gestionnaire du dossier et le médecin-conseil, qui s'est prononcé en toute indépendance et en toute objectivité sur la base du dossier médical riche et fourni du demandeur.

La défenderesse s'oppose également à l'audition de l'associée gérante de l'employeuse et épouse du demandeur, car elle peinerait à affirmer qu'elle ignorait que les affections multiples persistantes, récidivantes ou récurrentes pour ne pas dire chroniques dont souffre son époux l'ont empêché d'accomplir son activité professionnelle durant des milliers de jours. Le dossier médical produit suffit à le démontrer, sans qu'il soit nécessaire d'entendre la preneuse d'assurance.

La défenderesse confirme ensuite que la procédure et la problématique en cause ne concernent que le demandeur, sans qu'il soit à ce stade question de l'élargir aux autres bénéficiaires. Ce n'est pas tant le comportement du demandeur qui pose question, mais son passé médical, puisqu'il a souffert maintes fois d'affections pour lesquelles il a déjà été en arrêt de travail et a bénéficié d'indemnités pour perte de gain.

Elle relève que la question posée par le demandeur au sujet d'un rapport médical sollicité en 2019 est sans lien avec la problématique et les conclusions soumises à la Cour de céans.

La défenderesse n'a par ailleurs jamais allégué que l'adresse privée du demandeur correspondrait au siège de la société de son épouse.

Enfin, elle conteste que la dernière police intègre et « rapatrie » toutes les anciennes polices, notamment celles conclues par l'épouse à titre personnel.

i. Copie de cette écriture a été transmise au demandeur pour information.

EN DROIT

1.

1.1 Conformément à l'art. 7 du Code de procédure civile suisse du 19 décembre 2008 (CPC - RS 272) et à l'art. 134 al. 1 let. c de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), 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).

Le contrat d'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie couvrant le risque de perte de gain, soumis à la LCA, relève de l'assurance complémentaire à l'assurance-maladie sociale (arrêts du Tribunal fédéral 4A_47/2012 du 12 mars 2012 consid. 2 ; 4A_118/2011 du 11 octobre 2011 consid. 1.3 et les références citées).

Selon l'art. 24.2 des conditions générales d'assurance pour l'assurance perte de gain en cas de maladie, édition 2015 (ci-après : CGA), applicables à la police d'assurance n°2_____, le contrat est régi par la LCA.

La compétence de la Cour de céans à raison de la matière pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

1.2 Sauf disposition contraire du CPC, pour les actions dirigées contre les personnes morales, le for est celui de leur siège (art. 10 al. 1 let. b CPC), étant précisé que l'art. 17 al. 1 CPC consacre la possibilité d'une élection de for écrite.

En l'occurrence, selon l'art. 25 des CGA, le preneur d'assurance, l'assuré ou l'ayant droit ont le choix entre le for ordinaire ou celui de leur domicile en Suisse.

Le demandeur, en sa qualité d'employé et d'ayant droit, étant domicilié dans le canton de Genève, la chambre de céans est compétente à raison du lieu pour connaître de la présente demande en paiement.

1.3 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).

1.4 Pour le reste, la demande en paiement respecte les conditions formelles prescrites par les art. 130 et 244 CPC, ainsi que celles prévues par l'art. 59 CPC. Elle est donc recevable.

2. Le litige porte sur le droit du demandeur à des indemnités journalières pour l'incapacité de travail ayant débuté le 7 mars 2022, singulièrement sur le point de savoir si c'est à juste titre que la défenderesse estime que cette incapacité de travail n'est en réalité pas assurée.
3. Sur le plan matériel, la LCA a fait l'objet d'une révision entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2022 (modification du 19 juin 2020 ; RO 2020 4969 ; RO 2021 357).

En cas de changement de règles de droit, la législation applicable reste, en principe, celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières de droit transitoire (ATF 136 V 24 consid. 4.3 et la référence).

Selon la disposition transitoire relative à cette modification, seules les prescriptions en matière de forme (let. a) et le droit de résiliation au sens des art. 35a et 35b LCA (let. b) s'appliquent aux contrats qui ont été conclus avant l'entrée en vigueur de cette modification. S'agissant des autres dispositions de la LCA, elles s'appliquent uniquement aux nouveaux contrats (Message concernant la révision de la loi fédérale sur le contrat d'assurance, FF 2017 4812).

En l'occurrence, le contrat d'assurance a été conclu avant le 1^{er} janvier 2022 et l'objet du litige ne porte ni sur des prescriptions en matière de forme, ni sur le droit de résiliation au sens des art. 35a et 35b LCA, de sorte que les dispositions de la LCA applicables seront citées dans leur ancienne teneur.

4. 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).

4.1 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

plaider l'administration des preuves et de recueillir toutes les preuves possibles (ATF 125 III 231 consid. 4a).

4.2 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).

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 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).

Cependant, dans un arrêt du 31 août 2021, le Tribunal fédéral a modifié la jurisprudence précitée, en ce sens que l'existence d'un cas d'assurance constitué par une incapacité de travail est désormais soumise au degré de preuve de la preuve stricte (ATF 148 III 105 consid. 3.3.1 *in fine*). Par conséquent, la preuve est apportée lorsque le tribunal, en se fondant sur des éléments objectifs, est convaincu de l'exactitude d'une allégation de fait. Il suffit qu'il n'y ait plus de doutes sérieux quant à l'existence du fait allégué ou que les doutes qui subsistent éventuellement paraissent légers (ATF 148 III 105 consid. 3.3.1).

4.3 Les assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de la LAMal sont soumises au droit privé, plus particulièrement à la LCA ; (ATF 124 III 44 consid. 1a/aa). Comme l'art. 100 al. 1 LCA renvoie à la loi fédérale du 30 mars 1911, complétant le Code civil suisse (CO, Code des obligations – RS 220) pour tout ce qu'elle ne règle pas elle-même, la jurisprudence en matière de contrats est applicable. D'après celle-ci, les conditions générales font partie intégrante du contrat. Les dispositions contractuelles préformulées sont en principe interprétées selon les mêmes règles que les clauses contractuelles rédigées individuellement (ATF 133 III 675 consid. 3.3 ; 122 III 118 consid. 2a ; 117 II 609 consid. 6c).

La LCA ne comporte pas de dispositions particulières à l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie ou d'accident, de sorte qu'en principe, le droit aux prestations se détermine exclusivement d'après la convention des parties (ATF 133 III 185 consid. 2). Le droit aux prestations d'assurances se détermine donc sur la base des dispositions contractuelles liant l'assuré et l'assureur, en particulier des conditions générales ou spéciales d'assurance (arrêt du Tribunal fédéral 5C.263/2000 du 6 mars 2001 consid. 4a).

Les parties sont libres dans la détermination du contenu de leur contrat (art. 19 al. 1 CO en relation avec l'art. 100 LCA), sauf dispositions impératives de la loi (art. 97 s. LCA ; arrêt du Tribunal fédéral 4A_352/2014 du 9 février 2015 consid. 4.1.1).

4.4 À teneur de l'art. 9 LCA, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, qui est absolument impératif en vertu de l'art. 97 al. 1 LCA, le contrat d'assurance est nul sous réserve des cas prévus à l'art. 100 al. 2 LCA (non pertinents ici), si, au moment où il a été conclu, le risque avait déjà disparu ou si le sinistre était déjà survenu.

Le risque dont les conséquences sont assurées doit se rapporter à un événement futur ; si l'événement s'est déjà produit, le risque ne peut plus se réaliser à l'avenir. Une assurance dite rétroactive, dans laquelle l'assureur assumerait la couverture d'un événement qui s'est déjà produit lors de la conclusion du contrat, n'est pas admissible, indépendamment du fait que le dommage se soit produit avant ou après la conclusion du contrat (ATF 127 III 21 consid. 2b/aa).

Si une maladie s'est déjà déclarée, il n'est pas possible de l'assurer, même si elle ne se manifeste plus au moment de la conclusion du contrat, lorsque des rechutes ultérieures en apparaissent comme une évolution normale (ATF 127 III 21 consid. 2b/aa ; arrêt du Tribunal fédéral 5C.45/2004).

La notion de « sinistre » (« *das befürchtete Ereignis* ») (également appelé « cas d'assurance » ; « *Versicherungsfall* » ; ATF 129 III 510 consid. 3.2), notamment mentionnée à l'art. 9 LCA, n'est pas définie dans la loi. Pour le Tribunal fédéral, le sinistre ou le cas d'assurance se définit comme la réalisation du risque contre lequel l'assurance a été conclue (ATF 129 III 510 consid. 3.2). En ce qui concerne les assurances d'indemnités journalières en cas de maladie, la jurisprudence du Tribunal fédéral considère que l'incapacité de travail – et non l'atteinte à la santé – constitue le cas d'assurance (ATF 142 III 671 consid. 3.6 à 3.8). Le sinistre n'est, dès lors, pas déjà survenu lorsqu'a été diagnostiquée, lors de la conclusion du contrat, une maladie qui n'a jamais entraîné d'incapacité de travail (cf. par exemple ATF 136 III 334 consid. 3).

En revanche, lorsqu'une personne partiellement incapable de travailler est engagée et qu'elle est admise dans l'assurance perte de gain maladie collective conclue par l'employeur, l'assureur peut refuser toute prestation sur la base de l'art. 9 LCA dans l'hypothèse d'une aggravation de ladite incapacité de travail (ATAS/624/2023 du 24 août 2023 consid. 13.3 ; HÄBERLI / HUSMANN, *Krankentaggeld, versicherungs- und arbeitsrechtliche Aspekte*, 2015, n° 161 p. 46).

5.

5.1 En l'espèce, il ressort du rapport du 1^{er} septembre 2022 du Dr G_____, médecin traitant du demandeur, que ce dernier l'a consulté pour la première fois le 10 avril 2007 pour des cervicalgies hautes, une lombosciatalgie gauche et une céphalée bitemporale, à la suite d'un accident survenu le 27 mars 2007. Dans l'arrêt du 1^{er} juin 2011 (ATAS/589/2011), la Cour de céans a rappelé que l'assureur-accidents du demandeur avait pris en charge cet événement jusqu'au 31 janvier 2009, décision confirmée par arrêt du Tribunal cantonal des assurances sociales du 25 mars 2010 entré en force. Cette juridiction avait considéré que le demandeur souffrait déjà de cervicalgies aiguës, ainsi que d'importantes douleurs à la nuque irradiant au niveau lombaire et de céphalées intenses avant l'accident du 27 mars 2007, de sorte qu'il fallait retenir l'absence de lien de causalité naturelle entre les troubles dont il souffrait et cet accident. En conséquence, lesdits troubles relevaient de la maladie qui n'était pas à la charge de l'assureur-accidents.

Dans l'ATAS/589/2011 précité, la Cour de céans indiquait également que, dans un rapport du 7 février 2008, la Clinique romande de réadaptation – où le demandeur avait séjourné du 4 décembre 2007 au 3 janvier 2008 – retenait, entre autres diagnostics, celui de cervicalgies persistantes non spécifiques. Elle ajoutait

que, dans un rapport du 24 octobre 2008, le Dr G_____ faisait état de cervicalgies et de lombalgies, tout en relevant que l'incapacité de travail du demandeur était totale dans l'activité habituelle d'ouvrier nettoyeur.

Dans l'arrêt du 10 juin 2015 (ATAS/409/2015), la Cour de céans mentionnait que, dans un rapport du 26 août 2009, le Dr G_____ avait diagnostiqué des cervicalgies et lombosciatalgies gauches dues à une maladie dont les premiers symptômes étaient apparus le 27 mars 2007. Elle a considéré que l'incapacité de travail du demandeur était totale depuis le 10 avril 2007 - date de la première consultation - pour une durée indéterminée. La Cour exposait que la défenderesse avait versé des indemnités journalières en faveur du demandeur du 22 février 2009 au 21 février 2011, après déduction du délai d'attente, soit durant les 730 jours convenus dans la police n° 1_____.

Dans cet arrêt, la Cour indiquait en outre qu'un rapport d'arthro-IRM de l'épaule gauche du 15 octobre 2013 avait mis en évidence, notamment, une tendinopathie du tendon du muscle supra-épineux.

En lien avec cette dernière atteinte, la Cour de céans relève que, dans un rapport du 5 février 2014, le Dr H_____, orthopédiste, a fait état de signes de tendinopathie de la coiffe supérieure de l'épaule gauche. Dans le rapport précité du 1^{er} septembre 2022, le Dr G_____ a mentionné une évolution au niveau de l'épaule gauche lentement favorable et une reprise du travail à 50% le 17 mai 2016. En date du 28 juin 2017, le Dr H_____ a rapporté avoir vu le demandeur fin 2016 pour une calcification du sus-épineux ayant été triturée avec un excellent résultat, avec une résurgence des douleurs, début 2017. Dans un rapport du 26 septembre 2017, l'orthopédiste traitant a évoqué à nouveau une tendinopathie sévère de l'insertion du sus-épineux dans le cadre d'une calcification. Dans un rapport du 19 novembre 2019, ce spécialiste a précisé que le dommage pourrait être permanent et entraver la capacité de travail de son patient. Dans un rapport du 22 avril 2024, le Dr H_____ a rappelé que le demandeur était suivi depuis 2016 dans le contexte d'une tendinopathie calcifiante du sus-épineux de l'épaule gauche, diagnostic qui avait été reconfirmé par l'IRM du 23 mars 2022. La symptomatologie avait résisté à tout traitement conservateur (physiothérapie, chiropraxie, infiltrations/triturations, auto-exercices). Le patient l'avait consulté à nouveau le 7 mars 2024, en raison d'une décompensation des douleurs.

En relation avec le sinistre annoncé le 10 mai 2022, pour lequel le demandeur sollicite le versement d'indemnités journalières, le Dr G_____, dans un rapport du 13 juin 2022, a posé les diagnostics de tendinopathie sévère, de lombalgie basse et de cervicalgie. Dans son rapport du 18 juillet 2022, il a précisé que ces diagnostics justifiaient un arrêt de travail.

Dans son appréciation du 8 mai 2024, le Dr K_____, médecin-conseil de la défenderesse, a conclu, en s'appuyant tant sur une appréciation du 4 février 2009

du médecin d'arrondissement de l'assureur-accidents fondée sur des pièces datées entre 1991 et 2008 que sur les pièces communiquées par la défenderesse – y compris des rapports d'imagerie datés entre 2007 et 2022 –, que le demandeur avait déjà été traité pour les affections mentionnées dans le rapport précité du 13 juin 2022.

Au vu de ce qui précède, la Cour de céans constate que la tendinopathie sévère, les lombalgies et les cervicalgies, pour lesquelles le demandeur requiert le versement des indemnités journalières, sont des atteintes qui préexistaient à son inclusion dans l'assurance collective perte de gain en vigueur depuis le 21 juin 2017 (police n° 2_____).

En effet, les lombalgies et les cervicalgies avaient déjà entraîné une période d'incapacité de travail totale, prise en charge par la défenderesse de février 2009 à février 2011, jusqu'à épuisement du droit aux prestations dans le cadre d'une police d'assurance antérieure. Dès lors, force est de constater que le sinistre – soit l'incapacité de travail résultant de ces atteintes – était déjà survenu lorsqu'a débuté le nouveau contrat d'assurance (police n° 2_____).

Lors de l'entrée en vigueur de cette nouvelle police, le 21 juin 2017, le demandeur souffrait également d'une tendinopathie de l'épaule gauche, mise en évidence sur une arthro-IRM du 15 octobre 2013, pour laquelle il avait déjà été mis en arrêt de travail. En effet, dans son rapport du 1^{er} septembre 2022, le Dr G_____ a relevé que l'évolution au niveau de l'épaule gauche avait été lentement favorable permettant la reprise du travail à 50% (seulement) à partir du 17 mai 2016. Cette tendinopathie sévère a justifié ensuite une période d'incapacité de travail du 4 septembre 2017 au 31 août 2018 (rapport du Dr G_____ du 18 juillet 2022). En dernier lieu, c'est à compter du 7 mars 2022 (période ici litigieuse) que cette maladie a nécessité un arrêt de travail complet (rapport du Dr G_____ du 13 juin 2022). Or, l'aggravation de l'incapacité de travail due à cette tendinopathie préexistante n'étant pas assurée, elle ne peut motiver l'octroi de prestations de la part de la défenderesse dès le 7 mars 2022.

5.2 En définitive, les atteintes ici en cause ayant déjà entraîné des périodes d'incapacité de travail, la défenderesse était légitimée à refuser de prester sur la base de l'assurance collective perte de gain pour maladie (police n° 2_____) en vertu de l'art. 9 LCA, impératif.

5.3 Au vu des développements qui précèdent, la Cour de céans disposant des éléments nécessaires pour statuer, il est superflu, par appréciation anticipée des preuves (ATF 143 III 297 consid. 9.3.2), de donner suite aux mesures d'instruction sollicitées par les parties.

- 6.** La demande doit dès lors être rejetée. Pour le surplus, il n'est 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]), ni perçu de frais judiciaires (art. 114 let. e CPC).

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

À la forme :

1. Déclare la demande en paiement recevable.

Au fond :

2. La rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Conformément aux art. 72 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110), le présent arrêt peut être porté dans les trente jours qui suivent sa notification avec expédition complète (art. 100 al. 1 LTF) par devant le Tribunal fédéral par la voie du recours en matière civile (Tribunal fédéral suisse, avenue du Tribunal fédéral 29, 1000 Lausanne 14), sans égard à sa valeur litigieuse (art. 74 al. 2 let. b LTF). Le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoqués comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Diana ZIERI

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