



### **EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né en 1962, a travaillé au sein de la teinturerie de son oncle pendant de nombreuses années avant d'en reprendre personnellement l'exploitation en raison individuelle en 1999, sous la raison de commerce B\_\_\_\_\_.
2. À compter du 1<sup>er</sup> mars 2012, l'assuré, en tant que propriétaire de l'entreprise, a bénéficié d'une assurance collective d'indemnités journalières « BUSINESS COMPACT » maladie, avec complément accident selon la LCA couvrant 100% du salaire assuré durant 730 jours, sous déduction d'un délai d'attente de 30 jours (police n° 2539754) auprès de SWICA ASSURANCE-MALADIE SA (ci-après : l'assureur). Le contrat était valable jusqu'au 31 décembre 2015.
3. Dès le 16 avril 2012, l'assuré a été en incapacité de travail en raison de troubles psychiques, et a été mis au bénéfice d'indemnités journalières jusqu'au 31 janvier 2013, puis jusqu'au 5 novembre 2013.
4. Le 26 juin 2014, l'assuré a chuté dans les escaliers, ce qui a entraîné une incapacité de travail totale, pour laquelle l'assureur a également versé des indemnités journalières après écoulement du délai d'attente de 30 jours.
5. À la demande de l'assureur, le docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne, a rendu le 25 novembre 2014 un rapport d'expertise. Selon ce spécialiste, l'assuré présentait des lombalgies chroniques responsables d'une incapacité de travail de 20% dans l'activité habituelle, compte tenu de la position debout prolongée et des efforts mettant à contribution son dos. Le médecin constatait la présence de divers signes de non-organicité de la douleur selon Waddell alliant notamment exagération de la réponse verbale et projection non anatomique de la douleur. Il n'y avait pas de points de fibromyalgie. Les points de contrôle étaient négatifs.
6. Par pli du 8 décembre 2014, l'assureur a informé l'assuré qu'au vu des conclusions du Dr C\_\_\_\_\_, il mettait fin au versement des indemnités journalières au 31 décembre 2014. Il a confirmé cette suspension le 13 novembre 2015.
7. Dès le 1<sup>er</sup> avril 2015, l'assuré n'a plus payé les primes d'assurance.
8. Le 15 juin 2015, l'assureur a adressé à l'assuré une sommation pour le paiement des primes pour les mois d'avril à juin 2015. À défaut de paiement dans les quatorze jours, le droit à des prestations prévues contractuellement allait s'éteindre et l'assureur pouvait se départir du contrat. En outre, un intérêt moratoire de 5% serait perçu. Enfin, les prestations liées aux cas actuellement en cours ne seraient plus prises en charge et les nouveaux cas plus assurés.
9. Le 29 juin 2015, l'assuré a invoqué la compensation de sa dette.
10. Dans un rapport d'IRM (imagerie à résonance magnétique) lombo-sacrée du 14 août 2015, le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, a mentionné

---

comme indication « bilan de lombalgie chronique, antécédent il y a une année d'une chute des escaliers ». L'examen a mis en évidence une discopathie L5-S1 avec dessiccation discale et rupture annulaire para-médiane postérieure gauche ; une arthrose interapophysaire postérieure L4-L5 prédominant à gauche avec un épanchement liquidien intra-articulaire et des géodes sous-chondrales au niveau de la facette inférieure de L4 ; ainsi qu'un rétrécissement du canal spinal central L3-L4 et notamment L4-L5 avec un diamètre antéro-postérieur minimal d'environ 7 mm en lien avec une minime discopathie circonférentielle, une lipomatose épidurale et une arthrose interapophysaire postérieure, dans un contexte d'étranglement constitutionnel du canal spinal lombaire.

11. Dans son rapport du 9 novembre 2015, le Dr C\_\_\_\_\_ a relevé que l'IRM du 14 août 2015 ne modifiait pas son appréciation antérieure quant à la capacité de travail de l'assuré. Dans son évaluation, il avait tenu compte des lombalgies et constaté l'absence de corrélation entre les plaintes formulées par l'assuré (qui n'évoquait aucune atteinte du membre inférieur gauche ou clinique de canal lombaire étroit symptomatique) et l'examen clinique.
12. Par pli du 30 novembre 2015, l'assureur a informé l'assuré de l'annulation du contrat d'assurance au 31 décembre 2015, étant donné que malgré les rappels, le paiement des primes n'avait pas été effectué.
13. Statuant sur le recours interjeté par l'assuré contre une décision de l'OAI du 25 septembre 2014 rejetant sa demande de prestations, au motif qu'en raison de ses troubles psychiques, celui-ci avait présenté une incapacité de travail de moins d'une année, soit du 16 avril 2012 au 31 janvier 2013, date à partir de laquelle sa capacité de travail était à nouveau entière, la chambre de céans a, par arrêt du 22 mars 2016, annulé la décision litigieuse, dit que l'incapacité de travail présentée par le recourant à compter du 16 avril 2012 pour des troubles psychiques, s'était prolongée du 1<sup>er</sup> février au 5 novembre 2013 à un taux de 100%, de sorte que l'assuré avait présenté une incapacité de travail d'au moins 40% pendant plus d'une année, au sens de l'art. 28 LAI, et renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire sur le plan somatique, sous la forme d'une expertise auprès d'un spécialiste en rhumatologie et d'un spécialiste en neurochirurgie. La chambre de céans a considéré qu'elle ne saurait écarter l'avis du docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale et médecin traitant, et se fonder sans autre instruction sur le rapport d'expertise du Dr C\_\_\_\_\_, n'étant pas en mesure de déterminer si, comme l'avance le Dr E\_\_\_\_\_, les atteintes révélées par l'IRM du 14 août 2015 existaient déjà au 25 septembre 2014 - date déterminante à laquelle a été rendue la décision litigieuse - et si elles expliquaient les plaintes de l'assuré et entraînaient des limitations fonctionnelles et des répercussions sur sa capacité de travail, le cas échéant, à quel taux. La chambre de céans a plus particulièrement constaté qu'il ne lui était pas possible d'apprécier les atteintes à la santé somatique de l'assuré suite à l'accident survenu le 26 juin 2014 (ATAS/242/2016).

- 
14. Le 29 mars 2016, l'assuré a saisi la chambre de céans d'une demande en paiement à l'encontre de SWICA Assurances SA. Elle a été déclarée irrecevable le 19 avril 2016 à raison de la matière (ATAS/305/2016).
  15. Le 19 septembre 2016, le Tribunal administratif de première instance (ci-après : TAPI) a également déclaré irrecevable à raison de la matière une demande du 11 juillet 2016 dirigée contre SWICA Assurance-maladie SA (JTAPI/935/2016).
  16. Le 12 octobre 2016, l'assuré a déposé une nouvelle demande auprès de la chambre de céans visant, sous suite de frais et dépens, au paiement par l'assureur des indemnités journalières à 100% à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2015, jusqu'à l'épuisement complet de son droit, soit fin juin 2016, mais à tout le moins la somme de CHF 150'000.-.
  17. La chambre de céans a rendu un nouvel arrêt le 15 novembre 2016 (ATAS/940/2016) rejetant le recours de l'assuré interjeté contre la décision incidente de l'OAI du 21 juillet 2016 de le soumettre à une expertise pluridisciplinaire comprenant les volets de médecine interne, rhumatologie et neurochirurgie (cause A/2533/2016).
  18. Par réponse du 6 janvier 2017, l'assureur a conclu, sous suite de frais et dépens, au rejet de la demande du 12 octobre 2016, dans la mesure de sa recevabilité.

Il fait valoir que le jugement d'irrecevabilité rendu par le TAPI le 19 septembre 2016 avait acquis autorité de la chose jugée, de sorte que le demandeur ne pouvait pas déposer la même demande devant la chambre de céans.

Il résultait d'un rapport rendu le 27 avril 2014 par le docteur F\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, que le demandeur avait remis son commerce définitivement le 31 décembre 2012. Celui-ci n'avait pas demandé son transfert dans l'assurance individuelle. Selon l'assureur, le droit du demandeur aux prestations s'était donc éteint de plein droit au 31 décembre 2012.

Même si le contrat ne s'était pas éteint le 31 décembre 2012, le Tribunal fédéral, dans son arrêt du 14 janvier 2015 (4A\_261/2014), avait tranché définitivement l'incapacité de travail du demandeur en considérant que ce dernier avait droit à des indemnités journalières jusqu'au 5 novembre 2013 uniquement. Le demandeur ne pouvait donc pas faire valoir une perte de gain postérieurement à cette date.

En outre, le demandeur avait été sommé le 15 juin 2015 de s'acquitter du paiement des primes dans un délai de 14 jours, en vain, de sorte que l'obligation de l'assureur avait été suspendue dès le 29 juin 2015. Le demandeur ne pouvait donc pas faire valoir un droit aux prestations postérieurement au 29 juin 2015.

Enfin, quoi qu'il en soit, l'existence d'une incapacité de travail postérieurement au 31 décembre 2014 n'était pas établie au vu des conclusions probantes du Dr C\_\_\_\_. Si, par impossible, la chambre de céans estimait ne pas pouvoir accorder valeur probante au rapport d'expertise du Dr C\_\_\_\_, l'assureur a conclu à la suspension de la procédure jusqu'au résultat de celle pendante avec l'OAI. À

---

défaut, une expertise judiciaire devrait être mise en œuvre. À cet égard, l'assureur a expliqué que depuis que la chambre de céans avait rendu son arrêt dans la cause opposant l'OAI au demandeur (ATAS/242/2016), ce dernier refusait qu'une expertise soit mise en œuvre et une nouvelle procédure (A/2533/2016) était actuellement pendante à ce sujet.

19. Par écriture complémentaire du 27 janvier 2017, l'assureur a conclu reconventionnellement à la restitution de CHF 157'274.-, correspondant à CHF 115'457.- d'indemnités journalières maladie versées dès le 16 avril 2012 et à CHF 41'817.- d'indemnités journalières versées suite à l'accident du 26 juin 2014.
20. Par arrêt sur partie du 19 septembre 2017 (ATAS/800/2017), portant sur les questions préjudicielles soulevées par l'assureur, et sur la demande reconventionnelle, la chambre de céans a relevé qu'il n'était pas contesté que la présente cause opposait les mêmes parties que celles qui avaient participé à la procédure close par l'arrêt du TAPI du 19 septembre 2016 (JTAPI/935/2016). Le fait que le demandeur principal ait soumis au TAPI et à la chambre de céans la même prétention basée sur les mêmes faits, ne suffisait toutefois pas à retenir que le jugement du TAPI avait autorité de chose jugée, comme l'invoquait la défenderesse principale. En effet, dans la mesure où le TAPI avait déclaré irrecevable la demande en paiement déposée par le demandeur principal en raison de son incompétence, force était de constater qu'il n'avait pas jugé au fond l'objet du litige, de sorte qu'il ne pouvait y avoir chose jugée sur le droit du demandeur principal à des indemnités journalières pour la période postérieure au 31 décembre 2014, objet de la présente demande.

La chambre de céans a considéré qu'il convenait à titre liminaire d'examiner les arguments avancés par l'assureur, s'agissant de l'invalidation du contrat d'assurance, de la fin de la couverture d'assurance au 31 décembre 2012 et de la portée de l'arrêt du Tribunal fédéral 4A 261/2014 du 14 janvier 2015 rendu dans la procédure opposant les parties sur l'incapacité de travail ayant débuté le 16 avril 2012.

Elle a retenu que le contrat d'assurance n'avait pas été invalidé à satisfaction de droit par l'assureur, de sorte que sa demande en restitution de CHF 41'817.-, versés à titre d'indemnités journalières pour l'incapacité de travail du 26 juin au 31 décembre 2014 devait être rejetée.

Elle a considéré que l'argument, selon lequel la couverture d'assurance et le droit aux prestations avaient pris fin au 31 décembre 2012, devait être écarté, dans la mesure où l'assureur avait maintenu la couverture d'assurance malgré l'annonce du demandeur qu'il avait remis définitivement son commerce à cette date.

Elle a rappelé que l'arrêt du Tribunal fédéral du 14 janvier 2014 concernait l'incapacité de travail du demandeur pour des troubles psychiques dès le 16 avril 2012, alors que la présente procédure portait sur des prestations pour une éventuelle

---

incapacité de travail en raison de troubles somatiques dès le 1<sup>er</sup> janvier 2015. Les objets n'étaient dès lors pas les mêmes.

Aussi la chambre de céans a-t-elle déclaré recevable la demande principale et la demande reconventionnelle, en tant que celle-ci portait sur le remboursement de CHF 41'817.-, et irrecevable la demande reconventionnelle, en tant qu'elle portait sur le remboursement de CHF 115'457.-. Elle a rejeté la demande reconventionnelle et dit que le contrat d'assurance n'avait pas pris fin au 31 décembre 2012, et que l'arrêt du Tribunal fédéral 4A 261/2014 du 14 janvier 2014 ne concernait pas le droit du demandeur principal au versement d'indemnités journalières postérieurement au 31 décembre 2014.

21. Par écriture spontanée du 2 janvier 2018, l'assuré a constaté qu'il avait produit deux rapports, du Dr D\_\_\_\_\_ du 17 août 2015, et du docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurochirurgie, du 29 octobre 2015, sur lesquels l'assureur ne s'était pas déterminé. Il expose que, dans son arrêt du 22 mars 2016, la chambre de céans a expressément indiqué que l'expertise du Dr C\_\_\_\_\_ n'avait pas valeur probante. Il soutient dès lors qu'il n'est pas utile de suspendre la présente procédure, la cause étant en état d'être jugée.
22. Par arrêt incident du 26 mars 2018 (ATAS/264/2018), la chambre de céans a suspendu l'instance jusqu'à réception des conclusions de l'expertise pluridisciplinaire mise en œuvre par l'OAI, lui permettant ainsi de faire l'économie d'une expertise judiciaire. Elle a rappelé notamment que, dans son arrêt du 22 mars 2016, elle n'avait pas, contrairement à ce que soutenait le demandeur, nié toute valeur probante à l'expertise du Dr C\_\_\_\_\_. Elle avait uniquement constaté qu'une instruction complémentaire devait venir compléter cette expertise, raison pour laquelle elle avait renvoyé la cause à l'OAI.
23. Saisi d'un recours du demandeur contre l'arrêt précité, le Tribunal fédéral l'a déclaré irrecevable par arrêt du 25 juin 2018 (4A\_254/2018).
24. Le rapport d'expertise pluridisciplinaire du 15 février 2019 a été établi, à la demande de l'OAI, par le Centre d'Expertise Médicale Lancy (CEML), par les docteurs H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurochirurgie, I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne générale, et J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.

Dans leur consilium, les experts ont posé les diagnostics suivants, avec effet sur la capacité de travail : des rachialgies diffuses de la colonne vertébrale (cervicale, thoracique et lombaire) par des diffuses tensions musculaires (à caractère myotendinopathique) de la musculature paravertébrale de la colonne cervicale, thoracique et lombaire, qui s'étaient développées progressivement depuis juin 2014 (cf. expertise rhumatologique du 31 août 2018, p. 49, 52); un syndrome d'accrochage de l'épaule droite; un lumbago chronique non-déficitaire ; des cervicalgies droites depuis un an (cf. expertise neurochirurgicale du 20 septembre 2018, p. 29); des douleurs de l'épaule droite avec limitation fonctionnelle,

---

mentionnées dans une IRM du 21 août 2018 (cf. expertise neurochirurgicale du 20 septembre 2018, p. 15), mais apparues quatre-six mois auparavant (p. 29) ; une fatigue d'origine indéterminée (suivi psychiatrique) ; et un épisode dépressif moyen (F32.1). Sans effet sur la capacité de travail, l'expertisé présentait un status après chute dans les escaliers avec contusion de la colonne lombaire le 26 juin 2014 ; des douleurs aux membres inférieurs sans substrat organique et des dysesthésies diffuses des mains sans substrat organique ; ainsi qu'un syndrome douloureux somatoforme douloureux.

La capacité de travail dans l'activité habituelle de teinturier était nulle depuis août 2017 en raison d'une aggravation des douleurs lors des tensions musculaires affectant la région cervicale et l'épaule droite. Dès cette date, la capacité de travail était de 75% dans une activité adaptée légère respectant les limitations fonctionnelles (pas de port de charges au-delà de 5 kg de manière ponctuelle et de 1-3 kg de manière répétée, sans mouvement répétitif du rachis en porte-à-faux, possibilité de changer de position, pas de travail le bras au-dessus de la tête, travail au niveau d'une table et sans mouvement de rotation du bras droit).

D'un point de vue pluridisciplinaire, la capacité de travail était de 50% dans une activité légère à partir de l'expertise en raison de l'épisode dépressif moyen retenu à cette occasion.

25. Dans sa détermination du 17 mai 2019, l'assureur relève que les conclusions des experts neurochirurgien et rhumatologue rejoignaient celles du Dr C\_\_\_\_\_. Durant la période litigieuse du 1<sup>er</sup> janvier 2015 au 14 juin 2016, les experts ne retenaient aucune incapacité de travail, de sorte que la demande devait être rejetée. L'assureur répète avoir presté à tort depuis le 26 juin 2014, dans la mesure où le demandeur, qui avait fait faillite en avril 2012, n'était plus assuré au titre de l'assurance collective.

L'assureur a joint l'avis du SMR du 10 avril 2019, invitant le gestionnaire du dossier à poser des questions complémentaires aux experts.

26. Dans sa détermination du 27 mai 2019, le demandeur expose en particulier que les rapports du Dr E\_\_\_\_\_, insuffisamment pris en compte dans le rapport d'expertise, démontraient, contrairement à l'avis des experts, que des lésions post-traumatiques avaient été causées par l'accident du 26 juin 2014. L'IRM du 14 août 2015 avait mis en évidence une hernie discale L5-S1 gauche et un canal lombaire étroit, qui existaient déjà lors de la première IRM du 24 juillet 2014, et avaient été confirmés à l'occasion des IRMs des 22 juin 2016 et 7 mai 2018. Les rapports des Drs E\_\_\_\_\_ et K\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre traitant, contredisaient les conclusions de l'expertise, qui n'avait pas pris en considération la dessiccation discale, le rétrécissement de canal central spinal et les petites hernies intraspongieuses au niveau de la charnière dorsolombaire, mentionnés dans l'IRM du 14 août 2015. Le Dr I\_\_\_\_\_ avait omis de signaler que, selon le rapport du 28 août 2014 du docteur L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurochirurgie, avant l'accident,

« le patient ne présentait aucune lombalgie, aucun historique de sciatique ». Si le Dr G\_\_\_\_\_ était d'avis qu'une opération n'était pas recommandée, c'était dû au fait que l'état de santé général du patient ne rendait pas judicieuse la perspective d'une neurochirurgie, tandis que le Dr I\_\_\_\_\_ minimisait la situation et prétendait que l'opération n'était pas justifiée parce que l'état de santé général du patient n'était pas suffisamment sérieux. L'appréciation du Dr I\_\_\_\_\_, selon laquelle le degré des lésions dégénératives de la colonne vertébrale et de l'épaule droite ne comportait pas de limitations fonctionnelles sévères, significatives ou invalidantes dans la vie quotidienne, était contredite par le rapport du 2 mai 2019 du docteur M\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie et en médecine interne générale.

Le demandeur conteste ensuite que le diagnostic du syndrome douloureux somatoforme persistant soit sans impact sur sa capacité de travail. Il s'interroge sur la légitimité, la pertinence et l'utilité de l'expertise psychiatrique, qui n'était pas prévue par l'arrêt de la chambre de céans du 22 mars 2016. Il doute de la capacité des Drs H\_\_\_\_\_, neurochirurgienne, et I\_\_\_\_\_, rhumatologue, à comprendre et à évaluer, d'un point de vue scientifique, les résultats d'une expertise psychiatrique. Il ajoute qu'il était victime de troubles psychiques entraînant une incapacité de travail, tel que l'avaient constaté la chambre de céans (ATAS/289/2014) et le Tribunal fédéral (4A\_261/2014).

Le demandeur conclut que l'expertise est incomplète et que ses conclusions, qui consistent à retenir une capacité de travail de 50%, sont erronées. Sa capacité de travail est nulle, selon lui, en raison notamment du trouble somatoforme et de la grave dépression dont il souffre. Il sollicite un complément d'expertise et la possibilité de poser des questions aux experts.

Le demandeur a versé au dossier en particulier :

- le rapport susvisé du Dr M\_\_\_\_\_, indiquant que le demandeur souffrait de rachialgies cervico-dorso-lombaires qui s'étaient développées après un accident avec chute sur le dos en juin 2014. Depuis mai 2018, étaient apparues, sans facteur déclenchant, des douleurs des épaules prédominantes à droite. Les rachialgies avaient été évaluées en 2014 et en 2015. Les médecins n'avaient pas reconnu de sanction chirurgicale compte tenu des trouvailles radiologiques sous la forme de discrets troubles dégénératifs en L4-L5 et L5-S1 et en l'absence de déficit neurologique des membres inférieurs. Les troubles des membres supérieurs avaient été investigués en 2018 et une origine radiculaire et tronculaire aux symptômes avait été écarté à cette occasion. Le Dr M\_\_\_\_\_ a constaté à l'examen clinique du 29 avril 2019 que la mobilité du rachis était très limitée en raison des douleurs dans tous les plans. Le patient était quasiment intouchable en raison des douleurs à la pression du tronc, avec une cellulomyalgie à la manœuvre palpé-roulé. L'examen neurologique était entièrement normal. Les symptômes dont il se plaignait relevaient d'un abaissement de son seuil douloureux entraînant une hypersensibilité des tissus mous autour du tronc. En l'absence de trouble somatique significatif et

d'élément biologique inflammatoire, un syndrome somatoforme douloureux devait être évoqué chez le patient polyalgique invalidé sans équivoque par ses douleurs;

- le rapport de la Dresse K\_\_\_\_\_ du 15 mai 2019, attestant qu'elle suivait régulièrement son patient depuis le 21 juin 2012 pour une dépression endogène évoluant vers un état dépressif récurrent, épisode actuel moyenne à sévère (F33.2). Depuis cette date, sa capacité de travail avait été nulle malgré le traitement médicamenteux et les séances de psychothérapie de soutien. Il présentait notamment une humeur dépressive, un manque de goût et une perte de plaisir, sans période de rémission depuis 2012.

27. Dans son écriture du 20 juin 2019, le demandeur réitère que sa capacité de travail est nulle depuis son accident. Le rapport d'expertise pluridisciplinaire, en tant qu'il parvenait à un constat différent, était contesté dans son ensemble, de même que l'ensemble des déterminations de l'assureur énoncées dans sa lettre du 17 mai 2019 ainsi que l'avis du SMR qui y était jointe. Le demandeur indique ne pas comprendre pour quelle raison l'assureur retenait une capacité de travail dans une activité adaptée de 80% sur le plan rhumatologique et neurochirurgical et de 50% sur le plan psychique. Un complément à l'expertise psychiatrique était inutile et ne ferait qu'allonger une procédure qui comprenait un nombre conséquent de rapports médicaux, suffisants pour se déterminer. Le rapport d'expertise établissait au jour de sa reddition la situation médicale de l'expertisé. Son contenu ne permettait ainsi pas de se prononcer sur la période litigieuse. Même si ce rapport, établi dans le cadre de la procédure l'opposant à l'OAI, avait été versé à la présente procédure, il convenait de distinguer les deux procédures qui concernaient des parties et des objets différents. Dans l'hypothèse où l'assureur poserait des questions complémentaires aux experts, le demandeur a énuméré celles qu'il souhaitait leur soumettre.

Le demandeur a joint :

- le certificat du 3 juin 2019 du Dr E\_\_\_\_\_, attestant que la capacité de travail de son patient était nulle du 1<sup>er</sup> au 30 juin 2019 ;
- le certificat du 29 mai 2019 de la Dresse K\_\_\_\_\_, attestant d'une incapacité de travail totale pour la même période.

28. Dans son écriture du 21 juin 2019, l'assureur mentionne que le Dr E\_\_\_\_\_, qui aurait mis en évidence des lésions post-traumatiques, n'était pas un spécialiste, à l'inverse des experts, qui devaient également prendre en compte le comportement de l'expertisé. Le demandeur faisait valoir qu'il ne présentait pas de douleurs dorsales avant sa chute. Or, il se basait sur l'adage *post hoc, ergo propter hoc* lequel ne permettait pas, selon la jurisprudence, d'établir l'existence d'un tel lien. Le Dr G\_\_\_\_\_ ne retenait aucun élément objectif justifiant un traitement chirurgical. L'analyse de l'expert rhumatologue allait dans le même sens que celui du Dr M\_\_\_\_\_, qui observait de discrets troubles dégénératifs, non significatifs, et

---

l'absence de déficit neurologique. La Dresse K\_\_\_\_\_ ne se déterminait pas sur l'expertise et se contentait d'affirmer que son patient était incapable de travailler. Le Dr E\_\_\_\_\_, non plus, ne discutait pas l'expertise.

29. Dans un complément d'expertise du CEML du 27 août 2019, transmis par l'OAI le 17 octobre 2019 à la demande de la chambre de céans, les experts – qui ont entre autres répondu aux questions complémentaires que leur avait adressées le conseil du demandeur – ont en particulier confirmé le diagnostic de trouble somatoforme douloureux, sans effet sur la capacité de travail. Une expertise psychiatrique s'était avéré nécessaire d'un point de vue déontologique et afin de faire le point de la situation, dans la mesure où lors de l'expertise rhumatologique, l'expertisé avait évoqué une aggravation de son état psychique.
30. Dans sa détermination du 7 novembre 2019, l'assureur expose en substance que l'expertise et son complément ne justifient aucune incapacité de travail pendant la période litigieuse.
31. Dans sa détermination du 12 novembre 2019, le demandeur répète être totalement incapable de travailler, y compris sur le plan psychique. Il conteste le complément d'expertise du 27 août 2019. Il ne souffrait pas d'un épisode dépressif moyen, mais d'un état dépressif récurrent depuis 2012, sans rémission. Les experts indiquaient que leurs conclusions valaient « dès la date de la conclusion de leur expertise ». Ils ne s'étaient donc pas prononcés sur la capacité de travail pour la période antérieure. L'état de santé physique et psychique ne pouvait alors pas être jugé sur la base de cette expertise qui avait de surcroît ignoré le trouble du sommeil et les angoisses. En outre, l'impact du syndrome somatoforme douloureux sur la capacité de travail devait être observé à la lumière des indices jurisprudentiels en la matière. Les experts concluaient à une détérioration de l'état de santé depuis l'expertise du Dr C\_\_\_\_\_ du 25 novembre 2014, mais n'établissaient pas de lien entre les douleurs et le trouble somatoforme douloureux ou l'état dépressif. Les experts évitaient toute référence aux multiples rapports médicaux (soit ceux des Drs L\_\_\_\_\_ du 28 août 2014, N\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, du 6 novembre 2014, et G\_\_\_\_\_ du 29 octobre 2015) qui relevaient d'importantes lésions post-traumatiques dues à l'accident du 26 juin 2014.

Le demandeur a produit en particulier :

- le certificat du Dr E\_\_\_\_\_ du 4 octobre 2019, attestant d'une capacité de travail nulle du 1<sup>er</sup> au 31 octobre 2019, prolongée dès le 1<sup>er</sup> novembre 2019, selon l'évolution, par certificat du 30 octobre 2019 ;
- le certificat du 15 octobre 2019 de la Dresse K\_\_\_\_\_, attestant d'une capacité de travail nulle du 1<sup>er</sup> au 31 octobre 2019, prolongée du 1<sup>er</sup> au 31 novembre 2019 par certificat du 29 octobre 2019 ;
- le rapport du Dr L\_\_\_\_\_ du 28 août 2014, indiquant avoir vu le demandeur pour avis neurochirurgical suite à sa chute responsable de douleurs lombaires. Avant cet événement traumatique, le patient ne présentait aucune lombalgie, aucun

historique de sciatique. L'IRM et le status neurologique étaient totalement rassurants. Il existait tout au plus une discrète discopathie L4-L5 sans conflit ;

- le rapport du Dr N\_\_\_\_\_ du 6 novembre 2014, mentionnant que le demandeur souffrait de douleurs lombaires persistantes depuis une chute fin juin. Le bilan IRM ne montrait pas de conflit radiculaire, hormis quelques articulations postérieures quelque peu proéminentes sans réel canal lombaire étroit. L'examen ENMG (électroneuromyographique) ne révélait pas de signe lésionnel radiculaire examiné au membre inférieur droit. Vu le caractère traumatique de l'affection, le médecin préconisait une radiologie fonctionnelle flexion-extension de la colonne lombaire ;
- le rapport du Dr G\_\_\_\_\_ du 29 octobre 2015, citant, en tant que motif de consultation, des lombalgies post-traumatiques. Sans avoir jamais souffert du dos, le demandeur avait fait une chute en juin 2014 et souffrait dès lors de douleurs lombaires invalidantes qui irradiaient jusque vers la nuque. Il ne parvenait plus à fonctionner normalement dans les actes de la vie quotidienne et ne pouvait plus rien soulever. L'IRM lombaire du 15 août 2015 montrait de discrets troubles dégénératifs lombaires inférieurs prédominant en L3-L4, L4-L5 et L5-S1. À ce dernier niveau, était reconnue une hyperdensité annulaire interprétée comme une rupture. Il existait également des épanchements articulaires postérieurs en L3-L4 des deux côtés et en L4-L5 gauche. Le médecin a conclu que, sans minimiser l'importance des répercussions des douleurs sur la qualité de vie du patient, il n'y avait aucun élément objectif permettant de lui proposer un traitement chirurgical efficace ;
- le rapport du Dr E\_\_\_\_\_ du 30 octobre 2019, indiquant que son patient ne présentait pas de maladie chronique, mise à part une hypercholestérolémie, suite à l'accident du 26 juin 2014. Il présentait des rachialgies chroniques avec peu d'amélioration sur le plan thérapeutique ainsi qu'un syndrome dépressif chronique. Il en résultait une incapacité de travail totale pour une pathologie cumulative/mixte ;
- le rapport d'IRM de la colonne lombaire du 22 juin 2016, concluant à une discrète discopathie L3-L4, modérée L4-L5 et un peu plus marquée en L5-S1 ; à un débord discal asymétrique L4-L5, prédominant en région foramino-extraforaminale gauche en contact avec la racine L4 gauche ; à un rétrécissement discret du canal rachidien en L4-L5, multifactoriel : débord discal et surtout arthrose interapophysaire postérieure avec épaissement du ligament jaune et kyste arthrosynovial sous-ligamentaire gauche ; et à une arthrose interapophysaire postérieure L5-S1 gauche modérée ;
- le rapport d'IRM de la colonne lombaire du 7 mai 2018, relevant un examen sans changement significatif par rapport à l'examen comparatif du 22 juin 2016, notamment il n'y avait pas de progression des discopathies ni de progression des débords de disque, ni de contact radiculaire. Étaient notées essentiellement des

discopathies aux étages L3-L4, L4-L5 et L5-S1, sans hernie discale ; et une arthrose interapophysaire postérieure étagée, globalement inchangée ;

- le rapport d'IRM de l'épaule droite du 21 août 2018, retenant une arthrose acromio-claviculaire inflammatoire et des signes de tendinopathie insertionnelle de l'infra-épineux et de la partie intra-articulaire du long chef du biceps, sans rupture transfixiante des tendons de la coiffe des rotateurs.

32. Dans son écriture du 25 novembre 2019, le demandeur expose que ni l'expertise ni son complément ne mentionnent qu'il ne souffre pas d'une incapacité de travail consécutive à son accident. Il ajoute que, par arrêt du 19 septembre 2017, la chambre de céans avait rejeté l'argument de l'assureur selon lequel celui-là ne pouvait prétendre à être assuré au titre de l'assurance collective en conséquence de sa faillite.
33. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. La compétence de la chambre de céans et la recevabilité de la demande en paiement ont préalablement été examinées dans l'arrêt sur partie du 19 septembre 2017. Il suffit de s'y référer.
2. La procédure simplifiée s'applique aux litiges portant sur des assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de la LAMal (art. 243 al. 2 let. f CPC) et la chambre de céans établit les faits d'office (art. 247 al. 2 let. a CPC).

La jurisprudence applicable avant l'introduction du CPC, prévoyant l'application de la maxime inquisitoire sociale aux litiges relevant de l'assurance-maladie complémentaire, reste pleinement valable (ATF 127 III 421 consid. 2). Selon cette maxime, le juge doit établir d'office les faits, mais les parties sont tenues de lui présenter toutes les pièces nécessaires à l'appréciation du litige. Ce principe n'est pas une maxime officielle absolue, mais une maxime inquisitoire sociale. Le juge ne doit pas instruire d'office le litige lorsqu'une partie renonce à expliquer sa position. En revanche, il doit interroger les parties et les informer de leur devoir de collaboration et de production des pièces; il est tenu de s'assurer que les allégations et offres de preuves sont complètes uniquement lorsqu'il a des motifs objectifs d'éprouver des doutes sur ce point. L'initiative du juge ne va pas au-delà de l'invitation faite aux parties de mentionner leurs moyens de preuve et de les présenter. La maxime inquisitoire sociale ne permet pas d'étendre à bien plaire l'administration des preuves et de recueillir toutes les preuves possibles (ATF 125 III 231 consid. 4a).

La maxime inquisitoire sociale ne modifie pas la répartition du fardeau de la preuve (arrêt du Tribunal fédéral 4C.185/2003 du 14 octobre 2003 consid. 2.1). Pour toutes les prétentions fondées sur le droit civil fédéral, l'art. 8 du Code civil suisse, du 10 décembre 1907 (CC – RS 210), en l'absence de règles contraires, répartit le fardeau de la preuve et détermine, sur cette base, laquelle des parties doit assumer

---

les conséquences de l'échec de la preuve (ATF 133 III 323 consid. 4.1 non publié; ATF 130 III 321 consid. 3.1; ATF 129 III 18 consid. 2.6; ATF 127 III 519 consid. 2a). Cette disposition ne prescrit cependant pas quelles sont les mesures probatoires qui doivent être ordonnées (cf. ATF 122 III 219 consid. 3c; ATF 119 III 60 consid. 2c). Elle n'empêche pas le juge de refuser une mesure probatoire par une appréciation anticipée des preuves (ATF 121 V 150 consid. 5a). L'art. 8 CC ne dicte pas comment le juge peut forger sa conviction (ATF 122 III 219 consid. 3c; ATF 119 III 60 consid. 2c; ATF 118 II 142 consid. 3a). En tant que règle sur le fardeau de la preuve, il ne s'applique que si le juge, à l'issue de l'appréciation des preuves, ne parvient pas à se forger une conviction dans un sens positif ou négatif (ATF 132 III 626 consid. 3.4 et ATF 128 III 271 consid. 2b/aa). Ainsi, lorsque l'appréciation des preuves le convainc de la réalité ou de l'inexistence d'un fait, la question de la répartition du fardeau de la preuve ne se pose plus (ATF 128 III 271 consid. 2b/aa).

3. 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).

4. L'expertise en tant que moyen de preuve admis au sens de l'art. 168 al. 1 let. d CPC ne vise que l'expertise judiciaire au sens de l'art 183 al. 1 CPC. Une expertise privée n'est en revanche pas un moyen de preuve mais une simple allégation de partie (ATF 141 III 433 consid. 2.5.2 et 2.5.3).

Du point de vue probatoire, un rapport médical est une simple expertise privée qui n'est selon la jurisprudence pas un moyen de preuve mais une simple allégation (ATF 132 III 83 consid. 3.4; ATF 140 III 24 consid. 3.3.3).

Les allégations précises de l'expertise privée – contestées de manière globale – peuvent apporter la preuve de leur véracité si elles sont appuyées par des indices objectifs (arrêt du Tribunal fédéral 4A\_318/2016 du 3 août 2016 consid. 3.1 et 3.2). Si elles ne sont pas corroborées par de tels indices, elles ne peuvent être considérées comme prouvées en tant qu'allégations contestées (arrêt du Tribunal fédéral 4A\_626/2015 du 24 mai 2016 consid. 2.5).

5. Le principe de la libre appréciation des preuves s'applique lorsqu'il s'agit de se prononcer sur des prestations en matière d'assurance sociale. Rien ne justifie de ne pas s'y référer également lorsque, comme en l'espèce, une prétention découlant d'une assurance complémentaire à l'assurance sociale est en jeu. Selon ce principe, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (arrêt du Tribunal fédéral 4A\_5/2011 du 24 mars 2011 consid. 4.2). S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt que sur une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa

désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références; cf. également ATF 134 V 231 consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 4A\_412/2010 du 27 septembre 2010 consid. 3.1).

Par ailleurs, le juge doit avoir égard au fait que la relation de confiance unissant un patient à son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci; cela ne justifie cependant pas en soi d'évincer tous les avis émanant des médecins traitants. Il faut effectuer une appréciation globale de la valeur probante du rapport du médecin traitant au regard des autres pièces médicales (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_12/2012 du 20 juillet 2012 consid. 7.1). Les mesures d'instruction ordonnées par l'assureur, à savoir notamment l'examen par un médecin, ne sont pas des expertises au sens strict du terme, à moins que l'assureur n'interpelle le demandeur sur le libellé des questions ainsi que le choix de l'expert et lui donne l'occasion de se déterminer avant l'exécution de l'acte d'instruction projeté. L'on ne saurait toutefois leur dénier toute valeur probante de ce seul fait. Il faut en effet examiner si le médecin commis par l'assureur s'est penché sur les questions médicales litigieuses et a donné à celui-ci des indications utiles pour décider d'une éventuelle prise en charge (ATA/143/1999 du 2 mars 1999).

6. L'art. 58 al. 1 du CPC dispose que le tribunal ne peut accorder à une partie ni plus ni autre chose que ce qui est demandé, ni moins que ce qui est reconnu par la partie adverse. La maxime de disposition signifie que les parties déterminent l'objet du litige, c'est-à-dire si, quand, dans quelle étendue et pendant quelle durée elles veulent faire valoir une prétention en justice comme demandeur, respectivement la reconnaître comme défendeur (ATF 134 III 151 consid. 3.2; François BOHNET, Code de procédure civile annoté, 2016, n. 1 ad art. 58 CPC).
7. Le litige porte sur le droit éventuel du demandeur à des indemnités journalières au-delà du 31 décembre 2014, date à laquelle la défenderesse a mis fin auxdites prestations.

Il sera rappelé que, contrairement à ce que fait valoir la défenderesse, le demandeur, bien que mis en état de faillite en avril 2012, était assuré au titre de l'assurance collective lors de la survenance de son incapacité de travail le 26 juin 2014. En effet, dans l'arrêt sur partie du 19 septembre 2017, entré en force, la chambre de céans a à cet égard constaté que la défenderesse n'avait pas invalidé le contrat d'assurance à satisfaction de droit, à défaut d'avoir notamment agi dans le délai légal imposé par l'art. 31 du Code des obligations du 30 mars 1911 (CO – RS 220) (ATAS/800/2017 consid. 15d). La chambre de céans ne saurait donc revenir sur ce point.

La question de savoir si le litige est limité à la période du 1<sup>er</sup> janvier au 29 juin 2015, date à laquelle la défenderesse a, pour non-paiement des primes depuis le 1<sup>er</sup> avril 2015, suspendu la couverture d'assurance, ou plutôt au 31 décembre 2015,

---

date à laquelle le contrat d'assurance a pris fin (cf. art. 25 CGA, aux termes duquel « après extinction de la couverture d'assurance, l'obligation qui [...] incombe [à l'assureur] de verser des prestations s'éteint »), peut rester ouverte. En effet, ainsi qu'on le verra ci-après, même dans l'hypothèse où la période litigieuse s'étendait du 1<sup>er</sup> janvier 2015 jusqu'à épuisement du droit aux prestations en juin 2016, comme le soutient le demandeur, cela ne changerait rien à l'issue du litige.

8. a. Depuis l'entrée en vigueur de la LAMal, le 1<sup>er</sup> janvier 1996, les assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de cette loi sont soumises au droit privé, plus particulièrement à la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (loi sur le contrat d'assurance, LCA - RS 221.229.1 ; ATF 124 III 44 consid. 1a/aa). Comme l'art. 100 al. 1 LCA renvoie au CO 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; ATF 122 III 118 consid. 2a; ATF 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).

b. En l'espèce, la police d'assurance perte de gain valable à partir du 1<sup>er</sup> mars 2012 prévoit une indemnité journalière en cas de maladie ou d'accident couvrant le 100% du salaire assuré, durant 730 jours par cas sous déduction d'un délai d'attente de 30 jours par cas également.

L'art. 12 CGA dispose qu'en cas d'incapacité de travail complète médicalement attestée, [l'assureur] verse l'indemnité journalière convenue dans le contrat. Conformément à l'art. 13 CGA, en cas d'incapacité de travail partielle d'au moins 25%, l'indemnité journalière est versée proportionnellement au degré de cette incapacité de travail.

L'art. 16 CGA précise qu'on entend par incapacité de travail l'inaptitude partielle ou totale de l'assuré à fournir le travail que l'on peut raisonnablement attendre de lui dans sa profession actuelle ou son domaine de tâches, cela en raison d'une atteinte à sa santé physique ou psychique. Au bout de trois mois d'incapacité de travailler, l'exercice d'une activité dans une autre profession ou un autre domaine de tâches est envisagé, dans les limites de ce que l'on peut raisonnablement attendre de l'assuré.

9. a. En l'occurrence, la défenderesse, se fondant sur le rapport d'expertise du Dr C\_\_\_\_\_ du 25 novembre 2014, complété le 9 novembre 2015, estime ne pas

avoir à verser des indemnités journalières au demandeur au-delà du 31 décembre 2014. Ce dernier, se référant aux rapports de ses médecins traitants, requiert par contre le versement d'indemnités journalières correspondant à une incapacité de travail de 100%.

Le rapport du Dr C\_\_\_\_\_ du 25 novembre 2014 se fonde sur une anamnèse complète, l'examen clinique du demandeur et tient compte des plaintes rapportées par ce dernier. Il a été établi en pleine connaissance du dossier, y compris radiologique, et donc en connaissance de ses limitations provoquées par ses lombalgies. Les conclusions auxquelles le médecin est parvenu sont convaincantes et ne contiennent pas de contradiction. Ce rapport doit ainsi se voir reconnaître une pleine force probante.

Le Dr C\_\_\_\_\_ relève en particulier que ni l'examen clinique ni les examens radiologiques ne permettaient d'expliquer la globalité des symptômes allégués par le demandeur, leur localisation, leur intensité et leur retentissement sur son fonctionnement (p. 7). Le médecin évalue la capacité de travail de celui-ci à 80% dans son activité habituelle de teinturier, compte tenu de la position debout prolongée et des efforts mettant à contribution son dos.

Il y a lieu de rappeler à cet égard que, contrairement à ce que soutient le demandeur dans son écriture du 2 janvier 2018, par arrêt du 22 mars 2016, dans la procédure opposant le demandeur à l'OAI, la chambre de céans n'a pas nié toute valeur probante à l'expertise du Dr C\_\_\_\_\_. Elle avait constaté qu'une instruction complémentaire devait venir compléter cette expertise, parce qu'elle avait considéré qu'elle ne pouvait se fonder sur l'expertise du Dr C\_\_\_\_\_ sans autre. En effet, la chambre de céans n'était pas en mesure de déterminer si les atteintes révélées par l'IRM du 14 août 2015, qui existaient déjà à la date déterminante de la décision litigieuse de l'OAI du 25 septembre 2014, avaient ou non une conséquence sur le droit du demandeur aux prestations AI.

Dans son rapport du 9 novembre 2015, le Dr C\_\_\_\_\_, après avoir étudié l'IRM lombo-sacrée du 14 août 2015 – postérieure à son premier rapport –, conclut qu'il n'y a aucun argument médical justifiant une modification de son appréciation antérieure quant à la capacité de travail du demandeur.

Certes, le rapport du Dr C\_\_\_\_\_ n'est pas une expertise au sens strict du terme, le demandeur n'ayant eu l'occasion de se déterminer sur le libellé des questions soumises audit médecin. En tant qu'expertise privée, ce rapport ne constitue pas un moyen de preuve et doit être considéré comme une simple allégation de partie, à l'instar des rapports produits par le demandeur qui sont contestés par la partie adverse.

b. Il convient donc de déterminer si les allégations résultant desdits documents, combinées à des indices objectifs, peuvent apporter la preuve de leur véracité.

En l'espèce, constitue un tel indice le fait que le rapport d'expertise pluridisciplinaire du 15 février 2019, établi à la demande de l'OAI, confirme que

les troubles dont souffre le demandeur n'entraînent pas d'incapacité de travail de 25% au moins conformément à l'art. 13 CGA pendant la période critique du 1<sup>er</sup> janvier 2015 à juin 2016. Contrairement à ce que semble croire le demandeur, les experts se sont prononcés sur les répercussions des diverses atteintes à la santé qu'il présente sur sa capacité de travail durant la période litigieuse, en ce qui concerne en particulier le volet rhumatologique et neurochirurgical, qui, comme on le verra plus loin, est seul pertinent in casu, à l'inverse du volet psychiatrique. Leur évaluation de la capacité de travail à 50% à compter de l'expertise concerne uniquement l'état psychique du demandeur, qui n'est pas déterminant ici.

Cela étant dit, le rapport d'expertise pluridisciplinaire précité est fondé sur les données objectives du dossier – soit les pièces médicales, y compris radiologiques (comprenant entre autres, les rapports médicaux et d'imagerie qu'a produits le demandeur dans la présente procédure, datés jusqu'à août 2018) –, les données subjectives du demandeur, une anamnèse complète, les examens cliniques, ainsi qu'une discussion consensuelle du cas. Les conclusions sont motivées et convaincantes.

En ce qui concerne les lombalgies, contrairement à ce que prétend le demandeur (écriture du 27 mai 2019), les experts n'ont pas ignoré les éléments mis en évidence dans l'IRM du 14 août 2015 (soit la dessiccation discale, le rétrécissement du canal spinal central, la petite hernie intra-spongieuse au niveau de la charnière dorso-lombaire ; cf. expertise rhumatologique du 31 août 2018, p. 28-29, 56). Ils ont étudié les différentes IRMs, et observé qu'il n'existe pas de lésion osseuse traumatique d'après l'IRM du 24 juillet 2014 (p. 28 et 38), ni de lésions dégénératives cliniquement significatives depuis lors (p. 32, 46, 56). Les IRMs de juin 2016 et mai 2018 ne montraient pas de conflits relevant des racines lombaires et le rétrécissement du canal rachidien était discret (p. 36 et 40), non significatif (p. 32 et 45). L'IRM du 7 mai 2018 n'avait pas mis en évidence de contact radiculaire ni de hernie discale (p. 31, 57). Ces aspects objectifs correspondaient d'ailleurs aux résultats cliniques de l'examen rhumatologique du 31 août 2018 qui n'avait pas mis en évidence de parésies des membres inférieurs, les réflexes étaient normaux, vifs et symétriques aux deux membres inférieurs (p. 36). Les lésions dégénératives, au vu des résultats de l'examen rhumatologique et de l'analyse des images radio-morphologiques réalisées depuis 2014, n'avaient aucune influence majeure sur la genèse des plaintes présentées par le demandeur, en raison de leur caractère peu évolutif et du manque d'une dysfonction segmentaire à l'examen clinique à caractère organique manifeste (p. 34). La symptomatologie douloureuse était attribuée, au premier plan, aux tensions musculaires persistantes au niveau de la colonne vertébrale (cervicale, thoracique et lombaire) et de la ceinture scapulaire, surtout droite, avec un caractère myotendinopathique, qui s'étaient développées progressivement (p. 34 et 46-47), lesquelles entraînaient des effets négatifs sur la capacité de travail (p. 58).

Pour ce qui est de l'évolution de la capacité de travail au fil du temps, les experts relèvent que le Dr E\_\_\_\_\_, médecin traitant, avait rapporté le 24 juin 2016 une aggravation de lombosciatalgie à prédominance gauche depuis mars 2016. Or, l'IRM de la colonne lombaire du 22 juin 2016 ne permettait pas d'expliquer la gravité des troubles subjectifs allégués (p. 46 et 52-53). Les experts retiennent que l'aggravation des douleurs s'est produite lorsque les tensions musculaires ont atteint la région cervicale et ensuite la région de l'épaule droite, sur la base des données anamnestiques fournies par le demandeur, soit dès août 2017. Ils considèrent ainsi qu'à compter de cette date, la capacité de travail de celui-ci, qui était jusque-là de 80% dans son activité habituelle, est devenue nulle, en raison de la difficulté à porter des charges au-delà de 5 kg de manière ponctuelle et de 1-3 kg de manière répétée, à effectuer des travaux avec les membres supérieurs au-dessus de l'horizontale, des mouvements de rotation avec le bras droit ainsi que des mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux (p. 51-53 ; cf. aussi expertise neurochirurgicale du 20 septembre 2018, p. 29 ; rapport d'expertise du 15 février 2019, p. 18-19). Par contre, dans une activité adaptée, le demandeur dispose d'une capacité de travail de 75% à compter d'août 2017 (cf. expertise rhumatologique du 31 août 2018, p. 54 ; expertise neurochirurgicale du 20 septembre 2018, p. 29-30 ; rapport d'expertise du 15 février 2019, p. 19).

Force est de constater que les rapports des experts, qui sont détaillés, à l'inverse de ceux émanant des médecins traitants, permettent de saisir le raisonnement qui ont amené ceux-là à considérer que le demandeur, sur le plan somatique, n'est plus en mesure de travailler dès août 2017 dans son activité habituelle.

Sur le plan psychique, l'expert psychiatre, le Dr J\_\_\_\_\_, retient un épisode dépressif moyen ayant un impact sur la capacité de travail du demandeur (50%) dès l'expertise. Le demandeur objecte, sur la base du rapport de la Dresse K\_\_\_\_\_ du 15 mai 2019, que sa capacité de travail est nulle depuis le 21 juin 2012 en raison de son état dépressif récurrent, sans période de rémission depuis lors. Dans l'arrêt du 22 mars 2016, entré en force, la chambre de céans a toutefois jugé que le rapport d'expertise psychiatrique du 27 avril 2014 du Dr F\_\_\_\_\_, qui avait estimé que le demandeur ne présentait aucun trouble psychique, suite à un examen réalisé en date des 7 et 20 novembre 2013, et motivé son point de vue eu égard aux avis de la psychiatre traitant, était probant (ATAS/242/2016 consid 13). Ainsi, la chambre de céans a retenu qu'à la date de l'examen effectué par l'expert, soit le 7 novembre 2013, le demandeur ne présentait plus aucune atteinte psychique qui pourrait justifier une diminution de sa capacité de travail (ATAS précité consid. 14). Dans le cadre de l'expertise mise sur pied par l'OAI, le Dr J\_\_\_\_\_ a indiqué que, par rapport du 7 mai 2018, la Dresse K\_\_\_\_\_ évaluait la capacité de travail de son patient à 0% en raison d'une thymie dépressive.

Il s'avère donc que depuis le 7 novembre 2013, et jusqu'au 7 mai 2018, aucune pièce médicale au dossier ne permet d'admettre que le demandeur souffre d'une atteinte psychique incapacitante. Or, le juge est lié par les conclusions présentées

par le demandeur (art. 58 al. 1 CPC). Par conséquent, pendant la période litigieuse du 1<sup>er</sup> janvier 2015 à juin 2016, celui-ci ne peut quoi qu'il en soit pas prétendre à des indemnités journalières en raison de ses éventuels troubles psychiques. Aussi les certificats des 29 mai, 15 et 29 octobre 2019 de la Dresse K\_\_\_\_\_, attestant d'une incapacité de travail totale du 1<sup>er</sup> juin au 31 novembre 2019, ne sont-ils pas pertinents. On relèvera au passage que les certificats des 3 juin, 4 et 30 octobre 2019 du Dr E\_\_\_\_\_, attestant d'une capacité de travail nulle du 1<sup>er</sup> juin à fin octobre 2019 puis dès le 1<sup>er</sup> novembre 2019 selon l'évolution, ne sont pas non plus pertinents pour la période ici litigieuse.

S'agissant du diagnostic de syndrome douloureux somatoforme douloureux, considéré par les experts comme non incapacitant, contrairement à ce que prétend le demandeur, il n'est pas nécessaire d'analyser si leurs conclusions sont compatibles avec la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral en la matière.

En effet, la jurisprudence considère que l'organe chargé de l'application du droit doit avant de procéder à l'examen des indicateurs [développés par la nouvelle jurisprudence en lien avec les troubles somatoformes douloureux] analyser si les troubles psychiques dûment diagnostiqués conduisent à la constatation d'une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'assurance-invalidité, c'est-à-dire qui résiste aux motifs dits d'exclusion tels qu'une exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.2).

In casu, les experts ont fait état de nombreuses observations allant dans le sens d'une exagération (rapport d'expertise du 15 février 2019, p. 17). L'experte neurochirurgienne a constaté que le demandeur sous-estimait ses capacités fonctionnelles. Il ne se montrait pas intéressé à des propositions de changer son état actuel, il refusait toutes les activités de type physiothérapie expliquant qu'il rencontrait trop de blocage et de douleurs dorsales. Or, le bilan radiologique et neurologique n'expliquait pas le degré de limitations fonctionnelles alléguées. Il se montrait démonstratif durant le bilan avec beaucoup de soupirs, de fortes ins- et expirations et des cris (cf. expertise du 20 septembre 2018, p. 28). Selon l'expert rhumatologue également, les limitations fonctionnelles invoquées par le demandeur dans sa vie quotidienne paraissaient sur le plan objectif exagérées, en l'absence de corrélation objective entre les plaintes subjectives et les données cliniques et radio-morphologiques de l'appareil locomoteur (cf. expertise du 31 août 2018, p. 49). Les tensions musculaires paravertébrales et de la ceinture scapulaire ne permettaient pas non plus d'expliquer le degré invalidant des plaintes alléguées (p. 48). Le demandeur semblait montrer un bénéfice secondaire lié à la maladie : son épouse s'occupait de lui et l'encadrait, ce qui lui permettait de lâcher prise et de ne pas se sentir régulièrement investi (cf. rapport d'expertise du 15 février 2019, p. 17).

Au demeurant, le Dr C\_\_\_\_\_ avait déjà à l'époque constaté la présence de signes de Waddell correspondant à une certaine majoration des plaintes alléguées (cf. rapport du 25 novembre 2014).

Ces éléments plaident en faveur d'un motif d'exclusion au sens de la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 2.2). Partant, il n'y a pas d'atteinte à la santé incapacitante.

Cela étant constaté, le rapport du 30 octobre 2019 du Dr E\_\_\_\_\_, dans lequel ce dernier se borne à indiquer que son patient souffre de rachialgies chroniques et d'un syndrome dépressif chronique entraînant une incapacité de travail totale, ne saurait suffire à s'écarter des conclusions formulées par les experts qui ont procédé à une évaluation médicale approfondie. Le médecin traitant, qui ne se prononce pas sur le rapport d'expertise pluridisciplinaire, ne fait état d'aucun élément objectif qui aurait été ignoré par les experts.

Quant au rapport du 2 mai 2019 du Dr M\_\_\_\_\_, il n'est pas pertinent pour la période ici en cause. Ce médecin ne se détermine en effet pas sur la capacité de travail du demandeur pour la période antérieure à la consultation du 29 avril 2019.

Enfin, les troubles affectant l'épaule droite du demandeur, dont l'IRM du 21 août 2018 fait état, qui sont apparus aux dires du demandeur quatre-six mois avant l'expertise neurochirurgicale du 20 septembre 2018, ne sont pas décisifs pour la période critique du 1<sup>er</sup> janvier 2015 à juin 2016. Il en va de même pour les cervicalgies droites présentes depuis août 2017.

En définitive, peu importe que les douleurs du demandeur soient encore, comme il le soutient, en lien avec l'accident du 26 juin 2014. Au vu des considérations qui précèdent, celui-ci disposait d'une capacité de travail de 80% dans son activité habituelle jusqu'à août 2017, soit une incapacité de travail de 20%, inférieure au taux minimum de 25% (art. 13 CGA). Par conséquent, il n'a pas droit aux indemnités journalières du 1<sup>er</sup> janvier 2015 à juin 2016.

10. Le demandeur a requis l'audition de ses médecins traitants. Il n'est toutefois pas nécessaire de procéder aux mesures d'instruction offertes, car le dossier permet de statuer sur le droit litigieux. Aussi, par une appréciation anticipée des preuves, celles-ci ne pourraient-elles amener la chambre de céans à modifier son opinion (ATF 138 III 374 consid. 4.3.2).

11. 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 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

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

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