



POUVOIR JUDICIAIRE

A/3621/2019

ATAS/1105/2020

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 16 novembre 2020

6^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié _____, à GENEVE, comparant
avec élection de domicile en l'étude de Maître Pierre-Bernard
PETITAT

demandeur

contre

LA MOBILIÈRE SUISSE, SOCIÉTÉ D'ASSURANCES SA, sise
Bundesgasse 35, BERNE, comparant avec élection de domicile en
l'étude de Maître Philippe GRUMBACH

défenderesse

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Teresa SOARES et Christine WEBER-FUX,
Juges assesseures**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le demandeur), né en 1961, exerçait à titre d'indépendant et sous la forme d'une entreprise individuelle, le métier de peintre en bâtiment et était, à ce titre, inscrit au Registre du commerce (ci-après RC).
2. Dès le 1^{er} septembre 2015, l'assuré a été au bénéfice d'une assurance accidents et maladie pour indépendants (police G-1317-7692) conclue avec LA MOBILIERE SUISSE, Société d'assurances S.A. (ci-après : l'assureur ou la défenderesse). Ce contrat était régi par la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (loi sur le contrat d'assurance, LCA - RS 221.229.1) ainsi que par les conditions générales "MobiSana, assurance accidents et maladie pour indépendants", édition 01.2012 (ci-après CGA). L'assurance-maladie prévoit une indemnité journalière de CHF 200.-, un délai d'attente de 30 jours et une durée de prestations de 730 jours.
3. Par déclaration d'accident du 24 février 2016, l'assuré a annoncé qu'en date du 6 janvier 2016, il avait glissé dans une cage d'escalier. Il était tombé sur le dos et avait tapé la tête contre le mur. Il avait eu des douleurs à la jambe droite et au dos. Les premiers soins avaient été prodigués le « 8 janvier 2016 » par le docteur B_____, spécialiste FMH en chirurgie, et il était en incapacité de travail depuis cette date.

L'assuré a joint un certificat médical non daté signé par le Dr B_____, selon lequel des examens radiologiques avaient été effectués. Les diagnostics retenus étaient une contusion discale L2-L3-L4 par torsion forcée et une discopathie mineure L2-L3-L4. Les premiers soins avaient été prodigués le « 11 janvier 2016 » et l'incapacité de travail était totale depuis le 8 janvier 2016 avec une reprise du travail complète dès le 1^{er} mars 2016.
4. Le 2 mars 2016, l'entreprise individuelle du demandeur a été radiée du RC par suite de cessation de l'exploitation.
5. Suite à l'accident, la défenderesse a accepté de verser l'indemnité journalière due jusqu'au 30 avril 2016, sous déduction des primes impayées.
6. Le 11 mai 2016, une imagerie par résonance magnétique (ci-après IRM) lombaire, effectuée à la demande du docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a mis en évidence une vertèbre de transition lombo-sacrée, un canal lombaire constitutionnel relativement étroit, une protrusion discale L3-L4 et L4-L5 (cette dernière étant en contact avec la racine L5 gauche), une arthrose interapophysaire postérieure avec épaissement des ligaments jaunes appuyant sur la partie latérale du fourreau dural et rétrécissant discrètement le canal dans le sens latéral expliquant la diminution du flux en L3-L4 et à moindre degré L4-L5, une arthrose inter-épineuse et un cône médullaire de topographie normale et de signal homogène (rapport du 11 mai 2016 établi par le docteur D_____, spécialiste FMH en radiologie).

7. Le 12 mai 2016, la défenderesse a informé l'assuré qu'afin de statuer sur l'évolution de son incapacité de travail, il mettait en œuvre une expertise le 14 juin 2016 auprès du docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique.
8. Le 12 juin 2016, la doctoresse F_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a adressé à la défenderesse un certificat concernant une incapacité de travail pour maladie du demandeur. La cause en était un trouble de l'adaptation avec réaction anxio-dépressive (F43.2). Les premiers symptômes s'étaient manifestés en janvier 2016 et elle suivait le patient depuis le 9 mai 2016.

A l'anamnèse, le médecin a indiqué que l'assuré présentait une dégradation de l'état somato-psychique suite à un traumatisme crânien en janvier 2016, chez une personne sans antécédents psychiatriques connus, avec l'apparition de symptômes anxio-dépressifs, troubles cognitifs, vertiges invalidants et des douleurs lombaires récurrentes ainsi que des céphalées récurrentes. Un traitement psychiatrique et psychothérapeutique intégré, avec des séances hebdomadaires dès le 6 juin 2016, était prodigué.

L'incapacité de travail était totale depuis le 9 mai 2016 (début du traitement au cabinet) et les restrictions étaient : symptômes dépressifs sévères, somatisations sous forme de troubles cognitifs (mnésiques et de l'orientation/spatiale), vertiges invalidants et lombalgies-céphalées.

9. Le 15 juin 2016, une IRM cérébrale a été effectuée. L'examen a mis en évidence l'absence d'anomalie parenchymateuse ou vasculaire suspecte, un aspect modérément élargi des espaces sous-arachnoïdiens autour des deux optiques sans bombement des papilles, à corrélérer éventuellement à un fond de l'œil (rapport du 15 juin 2016 du docteur G_____, spécialiste FMH en radiologie).
10. Par rapport d'expertise du 23 juin 2016, le Dr E_____, suite à l'examen effectué le 14 juin 2016, a diagnostiqué un status post-traumatisme crânio-cérébral (TCC) avec commotion légère, des lombalgies chroniques et sciatalgies gauches avec troubles dégénératifs étagés de la colonne lombaire, de l'obésité. L'expert se posait la question de l'existence de cupulolithiases gauches, de problèmes psychiatriques et d'une simulation.

Il a exposé notamment que l'assuré se plaignait de vertiges latéralisés du côté gauche et d'acouphènes du côté gauche survenus depuis la chute dans les escaliers le 6 janvier 2016. Son caractère et son comportement s'étaient modifiés depuis lors. Il faisait également état de douleurs lombaires avec des irradiations dans le membre inférieur gauche. Son périmètre de marche était limité à trois minutes. Il était irritable et il lui arrivait de ne pas se souvenir de son adresse.

L'expert a indiqué que l'examen clinique l'avait laissé perplexe tant le comportement du demandeur n'était pas naturel. Il avait par conséquent contacté le médecin traitant, le docteur H_____, spécialiste FMH en médecine générale, et ils avaient convenu d'organiser des investigations complémentaires, soit un examen ORL, un examen neurologique et une IRM cérébrale.

L'IRM cérébrale effectuée le 15 juin 2016 était normale. Par ailleurs, l'IRM lombaire du 11 mai 2016 ne montrait pas de lésion traumatique, ni de hernie discale.

Il n'y avait pas d'élément parlant en faveur d'une lésion assimilée. L'assuré avait fait une chute le 6 janvier 2016, apparemment sans gravité, qui n'avait provoqué aucune lésion objectivable constatée à ce jour. La colonne lombaire correspondait à l'âge de l'assuré et l'IRM cérébrale était dans les normes. Plus de cinq mois s'étaient écoulés depuis la chute et les manifestations cliniques actuelles paraissaient anormalement exagérées et faisaient suspecter une simulation.

S'agissant de la causalité naturelle, l'expert n'avait trouvé aucun élément objectivable pouvant entrer en considération et en relation avec l'assurance-accidents. Plus de cinq mois après l'événement, les effets d'une contusion simple ne devaient plus jouer de rôle. Partant, l'expert ne voyait pas de rapport de causalité possible entre les manifestations signalées et la chute du 6 janvier 2016.

La question d'une simulation ou de problèmes psychiatriques était ouverte. Pour déterminer si l'état de santé définitif était atteint, l'expert conseillait d'attendre les résultats complémentaires ORL et neurologique qui allaient être organisés par le médecin traitant.

Enfin, l'état de la colonne vertébrale du demandeur ne justifiait pas une incapacité de travail; il s'agissait d'un état préexistant.

11. Par courrier du 30 juin 2016, la défenderesse a mis fin aux prestations au 31 mai 2016 pour les suites de l'accident du 6 janvier 2016. Selon les conclusions du Dr E_____, les effets d'une contusion simple ne jouaient plus de rôle plus de cinq mois après l'événement inaugural et il n'y avait donc plus de rapport de causalité possible entre les manifestations cliniques signalées et la chute du 6 janvier 2016.
12. Le 5 juillet 2016, la défenderesse a établi un décompte de primes suite à l'annulation de la police et a versé un solde de CHF 635.55 en faveur du demandeur.
13. Par courrier du 12 juillet 2016, la défenderesse a indiqué qu'il résultait des informations reçues de la Dresse F_____ que l'assuré présentait une incapacité de travail depuis le 9 mai 2016 pour une pathologie relevant de la maladie. Etant donné que la police d'assurance avait été résiliée en date du 2 mars 2016 en raison de la cessation d'activité du demandeur, ce dernier n'était plus au bénéfice d'une couverture d'assurance pour ce cas de maladie dès cette date. La défenderesse ne pouvait donc pas verser des prestations pour l'incapacité de travail dès le 9 mai 2016.
14. Par rapport du 31 août 2016, la Dresse F_____ a attesté que l'assuré présentait, à la suite de l'accident du 6 janvier 2016, des troubles psychiques dont la sévérité justifiait une incapacité de travail totale depuis lors. Les diagnostics étaient un

syndrome post-commotionnel (F07) et des troubles de l'adaptation avec réaction mixte anxio-dépressive (F43.2).

Suite au traumatisme crânien survenu en janvier 2016, elle notait un effondrement somato-psychique caractérisé par la chronicisation de symptômes physiques tels que vertiges invalidants, céphalées récurrentes, douleur lombaire récidivante, par des troubles cognitifs tels que désorientation temporo-spatiale et troubles mnésiques, et par l'installation progressive de symptômes psychiques et comportementaux tels que irritabilité, humeur dépressive, tendance au repli, troubles du sommeil, anhédonie, aboulie, sentiment de catastrophe et d'incurabilité, désir passif de mort. La sévérité des symptômes et leur caractère envahissant et invalidant généraient une incapacité de travail totale, soit à 100%, depuis janvier 2016.

Le médecin a précisé que son rapport du 12 mai 2016 semblait avoir généré un malentendu. Elle y avait indiqué une incapacité de travail totale depuis le 9 mai 2016. Cette date se référait au status du patient au début de la prise en charge par elle-même et n'avait aucun rapport avec la date à laquelle les troubles psychiques invalidants s'étaient manifestés pour la première fois, soit en janvier 2016.

15. Par rapport du 1^{er} septembre 2016, le Dr H_____ a diagnostiqué un état anxio-dépressif réactionnel, une hypertension labile, des lombalgies sur trouble dégénératif de la colonne lombaire avec discopathie L3-L4, L5-S1 et sacralisation L5, une cervicalgie sur arthrose C3-C4-C5 et un état psychique labile.

Les lombalgies s'étaient aggravées depuis l'accident avec un état anxio-dépressif réactionnel. Un arrêt de travail total avait été émis du 1^{er} mars au 1^{er} juin 2016. Les limitations fonctionnelles étaient le port de charges, la station debout prolongée, ainsi qu'un état psychique labile.

16. Par courrier du 5 septembre 2016 adressé à la défenderesse, le Dr C_____ a confirmé que l'assuré l'avait consulté en avril 2016 en raison de la persistance d'un syndrome lombo-vertébral avec irradiations dans la fesse et la cuisse gauche survenu suite au traumatisme en janvier 2016. L'IRM du 11 mai 2016 avait confirmé un canal lombaire étroit (CLE) relatif sur protrusions discales en L3-L4 et en L4-L5 appuyant sur la racine L5 gauche. Vu son activité professionnelle, un arrêt de travail avait été préconisé avec reprise progressive dès que possible, la suite relevant du Dr H_____. Enfin, le Dr E_____ était libre de son appréciation.
17. Par courriers du 16 septembre 2016 au Dr C_____ et du 19 octobre 2016 à l'ASSUAS, la défenderesse a maintenu sa position, considérant qu'il n'y avait pas d'éléments nouveaux.
18. Le 18 avril 2017, le Dr H_____ a répondu à un questionnaire de l'ASSUAS. Il a indiqué qu'il soignait l'assuré pour son hypertension artérielle, un diabète de type II et du cholestérol. Ses diagnostics étaient: « cf. le 01.03.2016 suite à son accident: contusion, entorse, cervico-lombaire, TCC, vertiges secondaires, lombosciatalgie gauche L5 sur hernie discale, choc post-traumatique ». Le médecin avait prescrit la

prise de Lodin 600, Brufen 800, Betaserc et un suivi spécialisé pour son choc post-traumatique chez un psychiatre.

Depuis le 1^{er} mars 2016, en raison de ses affections l'assuré présentait les limitations suivantes : des vertiges, hypertension artérielle (HTA) labile et un état anxio-dépressif réactionnel sur choc post-traumatique.

La capacité de travail du demandeur était nulle en tant que peintre en bâtiment; il ne pouvait plus effectuer son travail à cause des vertiges et des douleurs dorso-lombaires. Le pronostic était mauvais et une demande AI était en cours.

19. Le 8 mai 2017, la Dresse F_____ a rappelé les diagnostics et ses explications exposés dans son précédent rapport. La compliance médicamenteuse était bonne. L'évolution était peu favorable à présent et le pronostic restait réservé. L'incapacité de travail dans l'activité de peintre en bâtiment était totale.
20. Le 11 mai 2017, l'assuré a saisi la chambre de céans d'une demande en paiement dirigée contre la défenderesse, concluant à ce qu'elle soit condamnée à lui verser les indemnités journalières du 1^{er} juin 2016 au 30 avril 2017 à la suite de l'accident du 6 janvier 2016.
21. Par arrêt du 3 juillet 2017, la chambre de céans a déclaré la demande irrecevable (ATAS/606/2017).
22. Le 17 juillet 2017, l'assuré a déposé une requête en conciliation auprès du Tribunal civil qui, en date du 27 septembre 2017, lui a délivré l'autorisation de procéder dans un délai de trois mois.
23. En date du 11 octobre 2017, l'assuré a déposé auprès du Tribunal administratif de première instance (ci-après le TAPI) une requête à l'encontre de la défenderesse concluant, sous suite de frais et dépens, au paiement de CHF 6'000.- avec intérêts de 5% dès le 30 juin 2016, CHF 6'200.- avec intérêts de 5 % dès le 31 juillet 2016, CHF 6'200.- avec intérêts de 5 % dès le 31 août 2016, CHF 6'000.- avec intérêts de 5 % dès le 30 septembre 2016, CHF 6'200.- avec intérêts de 5 % dès le 31 octobre 2016, CHF 6'000.- avec intérêts de 5 % dès le 30 novembre 2016, CHF 6'200.- avec intérêts de 5 % dès le 31 décembre 2016, CHF 6'200.- avec intérêts de 5 % dès le 31 janvier 2017, CHF 5'600.- avec intérêts de 5 % dès le 28 février 2017, CHF 6'200.- avec intérêts de 5 % dès le 31 mars 2017 et CHF 6'000.- avec intérêts de 5 % dès le 30 avril 2017.

L'assuré a fait valoir que depuis son accident le 6 janvier 2016, il était en incapacité de travail. Conformément à la police d'assurance, la défenderesse restait lui devoir les indemnités journalières du 1^{er} juin 2016 au 30 avril 2017, soit un total de CHF 66'800.-, plus intérêts à 5% à la fin de chaque échéance mensuelle correspondante. La chute du 6 janvier 2016 avait causé un traumatisme crânien, entraînant un effondrement somato-psychique selon la Dresse F_____ et une incapacité de travail totale. Le Dr H_____ avait également constaté une incapacité de travail en raison de lombalgies sur trouble dégénératif et d'une cervicalgie sur

arthrose C3-C4-C5. Le Dr C_____ avait aussi confirmé la persistance de troubles somatiques et d'une incapacité de travail en raison de l'accident.

En ne versant les indemnités journalières que jusqu'au 31 mai 2016, alors que l'incapacité de travail avait perduré postérieurement à cette date, comme attesté par ses médecins, la défenderesse avait violé le contrat d'assurance.

L'expertise du Dr E_____ appelait à des investigations complémentaires puisque ce médecin avait proposé un examen ORL, un examen neurologique et une IRM cérébrale. Partant, l'expertise n'avait pas pleine valeur probante.

Le lien de causalité naturelle et adéquate entre l'accident et les troubles dont il souffrait devait être admis et c'était à tort que la défenderesse avait considéré que les certificats médicaux des médecins traitants n'avaient pas de valeur probante.

24. Par réponse du 29 novembre 2017, la défenderesse a conclu au rejet de la demande, sous suite de frais et dépens.

L'assuré avait mis fin à son activité en qualité de peintre en bâtiment indépendant et avait fait radier sa raison individuelle du RC le 2 mars 2016. Cette cessation d'activité avait automatiquement mis fin au contrat d'assurance avec effet à cette date. Partant, l'état dépressif dont faisait état l'assuré depuis le 9 mai 2016 était hors du champ temporel de la couverture d'assurance. Par ailleurs, l'existence d'un lien de causalité entre les plaintes de l'assuré et l'accident était formellement contestée.

Le rapport du Dr E_____ démontrait qu'à la date de l'expertise, l'intéressé ne présentait plus aucun trouble lié à l'accident du 6 janvier 2016 ainsi que l'absence de lien de causalité entre cet accident et les manifestations signalées par l'assuré. Rien ne permettait de fonder la thèse selon laquelle celui-ci souffrirait de troubles psychiques suite à l'accident en question. Il s'agissait là d'un accident bénin qui n'avait donné lieu à aucune lésion objectivable. Partant, la défenderesse était fondée à mettre un terme à ses prestations au 31 mai 2016. Enfin, compte tenu de l'absence de lien de causalité, il n'était pas nécessaire d'examiner plus avant la réalité des troubles dont se prévalait, sur la durée, l'assuré et leur impact sur sa capacité de gain.

25. Lors de l'audience de débats d'instruction et de premières plaidoiries qui s'est tenue le 17 janvier 2018 devant le TAPI, le conseil du demandeur s'est déterminé sur les allégués de la défenderesse. Pour le surplus, il a persisté dans les termes de sa demande, précisant que si l'incapacité de gain relevait de la maladie plutôt que de l'accident, il se réservait la possibilité d'agir devant l'instance compétente. Il sollicitait l'audition de la Dresse F_____ ainsi que d'un représentant de l'Hospice général.

L'assuré a indiqué avoir été particulièrement surpris du déroulement de l'expertise devant le Dr E_____, celle-ci n'ayant duré que trois minutes.

Les parties ont plaidé et persisté dans leurs conclusions.

Sur quoi, le TAPI a rendu une ordonnance de preuves rejetant la demande d'acte d'instruction.

26. Par courriers des 5 et 7 mars 2018, les parties se sont déclarées d'accord de renoncer aux plaidoiries orales et ont requis le dépôt de plaidoiries écrites.
27. Le 29 mars 2018, l'assuré a repris pour l'essentiel l'argumentation développée dans sa demande. Il a ajouté que c'était sur le conseil de la défenderesse qu'il s'était adressé à l'Hospice général, lequel lui avait indiqué que pour percevoir des prestations d'assistance, il devait préalablement faire radier son inscription comme indépendant du RC. Par ailleurs, la défenderesse ne s'était pas prononcée sur la proposition du Dr E_____ de pratiquer des investigations complémentaires. De plus, son rapport n'avait pas pleine valeur probante dès lors qu'il était en contradiction avec les avis des Drs F_____, H_____ et C_____. Pour le surplus, il a persisté dans ses conclusions tout en concluant subsidiairement à la mise en œuvre d'investigations médicales complémentaires afin de déterminer la gravité des troubles physiques et psychiques et leur rapport de causalité avec l'accident du 6 janvier 2016.
28. Dans ses plaidoiries écrites du 29 mars 2018, la défenderesse a persisté dans son argumentation et les conclusions de sa réponse.
29. Par jugement du 25 juin 2018, le TAPI a déclaré recevable la demande en paiement déposée le 11 octobre 2017, l'a admise et a condamné la défenderesse à payer au demandeur la somme de CHF 66'800.- plus intérêts à 5% dès le 11 mai 2017 et une indemnité de CHF 9'200.- à titre de dépens, TVA et débours inclus. La procédure était gratuite et les parties étaient déboutées de toutes autres conclusions (JTAPI/614/2018).

Le TAPI a rejeté les conclusions visant à la mise en œuvre d'investigations médicales complémentaires formulées par l'assuré le 29 mars 2018, dès lors qu'elles avaient été invoquées de manière tardive et étant rappelé que la procédure ordinaire était applicable.

Sur le fond, le TAPI a retenu comme établi que le contrat d'assurance avait pris fin le 2 mars 2016. Par ailleurs, vu le caractère incomplet de l'avis du Dr E_____ sur les affections dont se plaignait l'assuré et l'absence des examens complémentaires préconisés, aucune valeur probante ne pouvait être attribuée à son rapport pour mettre en doute les attestations du psychiatre et du médecin traitants. Par conséquent, la défenderesse n'avait pas apporté, comme il lui appartenait de le faire, la contre-preuve de l'absence de causalité naturelle entre l'atteinte dommageable et les atteintes à la santé du demandeur, ni celle de l'inexistence d'une incapacité de travail.

Ainsi, il était établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'incapacité de travail du demandeur s'était maintenue à 100% du 1^{er} juin 2016 au 30 avril 2017 en raison des symptômes somato-psychiques qui étaient déjà incapacitants avant la

fin du contrat au 2 mars 2016. Partant, la défenderesse était tenue de verser les indemnités journalières du 1^{er} juin 2016 jusqu'au 30 avril 2017.

30. Par décision du 9 août 2018, l'OAI a alloué au demandeur dès le 1^{er} janvier 2017 une rente entière d'invalidité, basée sur une incapacité de travail totale du demandeur depuis le 6 janvier 2016 et un degré d'invalidité de 100 %.
31. Par acte du 28 août 2018, la défenderesse a fait appel du jugement du TAPI du 25 juin 2018, concluant, sous suite de frais et dépens de première instance et d'appel, à son annulation et au déboutement du demandeur de toutes ses conclusions.

Selon la défenderesse, le TAPI avait renversé de manière inadmissible le fardeau de la preuve. Si les certificats médicaux étaient de simples allégations sans valeur probante, alors l'assuré n'avait pas apporté la preuve dont il portait le fardeau, ce qui aurait dû conduire à son déboutement.

Par ailleurs, le TAPI avait apprécié arbitrairement les certificats, les rapports médicaux et les faits de la cause. Il ne pouvait pas retenir sur la base des rapports de la Dresse F_____ que l'assuré souffrait de troubles psychiques en lien avec l'accident. Les rapports des Drs H_____ et C_____ ne permettaient pas non plus de démontrer que les atteintes dont souffrait l'assuré après le 31 mai 2016 étaient en lien avec l'accident. Par ailleurs, contrairement à ce qu'avait retenu le TAPI, le Dr E_____ avait clairement répondu que l'assuré ne souffrait plus, à la date de l'expertise, de troubles liés à l'accident. Son expertise établissait l'absence de causalité entre l'événement et les manifestations signalées par l'assuré. Enfin, s'agissant des troubles psychiques, les rapports n'avaient jamais relevé de tels problèmes avant le 9 mai 2016. L'assuré avait fait évoluer ses déclarations au gré de ses revendications et le Dr E_____ avait évoqué une éventuelle simulation. L'assuré n'avait pas démontré l'existence d'un lien de causalité entre les troubles et l'accident, alors que le fardeau de la preuve était à sa charge.

32. Le 10 septembre 2018, le TAPI a indiqué ne pas avoir d'observations à formuler.
33. Par réponse du 2 octobre 2018, l'assuré a conclu, sous suite de frais et dépens de première instance et d'appel, au déboutement de la défenderesse de toutes ses conclusions et à la confirmation du jugement entrepris.

C'était à juste titre que le TAPI avait considéré comme un allégué de fait l'expertise du Dr E_____. Cette expertise contenait des incertitudes et avait été établie sur la base d'un dossier incomplet étant donné qu'il manquait le rapport de la Dresse F_____ et que des investigations complémentaires devaient être faites. Or, les médecins traitants avaient attesté l'existence d'un traumatisme crânien en lien de causalité naturelle avec le sinistre assuré. Les certificats des trois médecins traitants avaient pleine valeur probante et établissaient qu'il souffrait, en raison du traumatisme crânien survenu le 6 janvier 2016, d'un effondrement somato-psychique générant une incapacité de travail totale depuis janvier 2016 et au-delà du 31 mai 2016. Son incapacité de travail était aussi due aux lombalgies sur trouble

dégénératif de la colonne lombaire et à une cervicalgie sur arthrose comme l'avait expliqué le Dr H_____. Le lien de causalité naturelle et adéquate était établi et l'expertise du Dr E_____ n'avait pas pleine valeur probante. Partant, c'était à juste titre que le TAPI avait retenu que l'expertise n'avait pas permis de mettre en doute les attestations du psychiatre et des médecins traitants. Le fait que les rapports médicaux aient été établis plusieurs mois après l'accident n'était pas suffisant pour leur dénier toute valeur probante. Par conséquent, la défenderesse n'avait pas prouvé, conformément au fardeau de la preuve qui lui incombait, la fin de l'incapacité de travail résultant de l'accident.

34. Par réplique du 2 novembre 2018, la défenderesse a persisté dans ses conclusions.
35. Par duplique du 6 décembre 2018, l'assuré a également persisté dans ses conclusions, précisant qu'il avait été mis au bénéfice d'une rente entière de l'assurance-invalidité dès le 1^{er} janvier 2017 en raison d'une incapacité de travail totale dès le 6 janvier 2016, date de l'accident.
36. Par arrêt du 15 avril 2019 (ATAS/325/2019), la chambre de céans a admis l'appel, annulé le jugement du TAPI du 25 juin 2018 et débouté l'intimé de toutes ses conclusions.
37. Le 30 septembre 2019, l'assuré, représenté par un avocat, a déposé auprès de la chambre de céans une demande en paiement à l'encontre de l'assureur, concluant à la condamnation de celui-ci au paiement de CHF 42'800.-, avec intérêts à 5 % l'an dès le 1^{er} juin 2016, et au prononcé de la mainlevée définitive de l'opposition au commandement de payer, poursuite n°99024994.

Une employée de l'assureur lui avait donné un conseil fourbe, soit de s'adresser à l'Hospice général, lequel avait exigé qu'il obtienne sa radiation d'indépendant du registre du commerce ; cette employée n'avait pas attiré son attention sur les conséquences de cette démarche sur le paiement éventuel d'indemnités journalières. La demande n'était pas prescrite car l'assureur avait renoncé à se prévaloir de la prescription jusqu'au 30 juin 2019 et un commandement de payer lui avait été notifié le 19 mars 2019. L'indemnité journalière de CHF 200.- était due dès le 1^{er} juin 2016, soit dès le moment où l'incapacité de gain n'était plus en lien avec l'accident du 6 janvier 2016 et jusqu'au 31 décembre 2016. Il était, durant cette période, en incapacité totale de travailler, au moins pour des raisons psychiques, même si cette incapacité n'était plus en rapport avec l'accident ; la décision de l'OAI constituait une preuve de son incapacité totale de travailler.

38. Le 15 novembre 2019, l'assureur, représenté par un avocat, a conclu au rejet de la demande. Il était erroné de prétendre qu'une de ses employées aurait conseillé le demandeur ; celui-ci avait annoncé son accident le 24 février 2016 et requis la radiation de son entreprise du RC le 2 mars 2016, de sorte qu'il n'avait pas pu se plaindre à de nombreuses reprises de ne pas recevoir ses indemnités journalières, puis s'être rendu à l'Hospice général ; il avait transféré en faveur du demandeur un montant de CHF 635.55 au titre de la liquidation du contrat au 2 mars 2016 ; la

Dresse F_____ n'avait examiné le demandeur qu'en mai 2016, soit quatre mois après l'accident de janvier 2016 ; avant le 9 mai 2016, les médecins n'avaient jamais relevé un aspect psychiatrique et aucun traitement médical n'avait été dispensé en lien avec une telle affection. Le demandeur ne se plaignait, au 24 février 2016, que de douleur au dos et à la jambe droite. La cessation d'activité du demandeur au 2 mars 2016 avait mis fin au contrat d'assurance ; l'état dépressif établi depuis le 9 mai 2016 sortait du champ temporel de la couverture d'assurance-maladie.

39. Le 18 décembre 2019, le demandeur a répliqué. Les certificats de ses médecins, même établis après l'accident, avaient valeur probante. Il avait présenté un traumatisme crânien le 6 janvier 2016 avec effondrement somato-psychique, dont les symptômes étaient totalement incapacitants.
40. Le 6 janvier 2020, l'assureur a dupliqué, en relevant que le demandeur esquivaient l'absence de couverture d'assurance dès le 2 mars 2016 ; la chambre de céans avait déjà jugé que les certificats médicaux de la Dresse F_____ n'avaient pas de force probante.
41. La chambre de céans a requis du demandeur l'autorisation d'apporter à la procédure son dossier AI. Celui-ci a, par courrier, accepté le 23 avril 2020 puis refusé le 27 avril 2020.
42. Le 11 mai 2020, la défenderesse a observé que, vu les refus précités de l'assuré, l'allégation de l'octroi en sa faveur d'une rente AI, contestée, devrait être écartée.
43. Le 22 juin 2020, la chambre de céans a entendu les parties lors d'une audience de débats :

Le demandeur a déclaré : « Comme la Mobilière ne prenait pas en charge mon incapacité de travail j'ai dû m'adresser à l'Hospice général qui m'a demandé de radier ma société du registre du commerce. Je ne l'aurais pas fait si la Mobilière avait payé mes indemnités. L'AI a pris sa décision suite au rapport des Drs H_____, F_____ et C_____, orthopédiste. Je refuse que mon dossier AI soit apporté à la procédure car c'est mon dossier personnel et je refuse que tout le monde voit mon dossier. L'AI m'avait convoqué mais finalement ils ont annulé le rendez-vous en disant qu'ils allaient prendre une décision sur la base des avis de trois médecins. L'AI m'a seulement posé des questions sur mon suivi médical en me demandant quels médecins je voyais et si j'avais toujours mon entreprise.

Je suis toujours suivi par les Drs F_____ et H_____. J'ai commencé le suivi auprès de la Dresse F_____ après l'accident du 6 janvier 2016. Le Dr H_____ m'a conseillé de m'adresser à un psychiatre début février 2016, je ne sais pas exactement pourquoi, je pense car j'avais trop de stress, je perdais des clients. J'ai consulté le 8 janvier 2016 un Dr B_____, à la permanence de Plainpalais. Ensuite j'ai consulté le Dr H_____. C'est mon médecin traitant que je consulte environ depuis 2012 – 2013. J'ai consulté le Dr B_____ car le Dr H_____ était absent. Le

Dr B _____ a établi un arrêt de travail que j'ai été déposé immédiatement auprès de la Mobilière.

S'agissant de mon accident j'ai chuté alors que je portais 40 kg de matériel sur le dos que je devais livrer à mon ouvrier. J'ai chuté dans une cage d'escaliers et je me suis blessé au dos, aux jambes, à la tête et au bras. J'ai eu des douleurs au dos puis j'ai été suivi par un psychiatre mais je ne sais pas pourquoi.

Je travaillais avec un ouvrier. Je précise que j'ai annoncé mon accident à la Mobilière les 8 et 23 février. Par ailleurs je suis passé à la Mobilière le 8 janvier avec mon épouse pour déposer l'arrêt de travail. Il mon répondu qu'il fallait attendre 30 jours selon le contrat que j'avais signé, correspondant au délai d'attente prévu dans la police. Mon ouvrier a cessé le travail le jour de mon accident. Je n'ai plus été capable de travailler après mon accident ».

L'avocat du demandeur a déclaré : « Nous souhaitons faire entendre les Drs H _____ et F _____ lesquels ont évoqué une incapacité de travail totale dès le 6 janvier 2016, ainsi que Mme I _____ qui travaille à Berne et que mon client a contacté. C'est elle qui lui a conseillé de s'adresser à l'Hospice général lequel lui a demandé de radier sa société du registre du commerce. Nous contestons le fait que la couverture perte de gain maladie est cessée au 2 mars 2016 car il n'était pas interdit à mon client de continuer de travailler malgré la radiation de son entreprise au registre du commerce. Nonobstant l'arrêt de la chambre des assurances sociales en matière d'accident nous constatons que le Dr H _____ parle de problèmes psychique et somatique existants avant le 2 mars 2016. Début février 2016 mon client aurait dû recevoir ces indemnités journalières qu'il n'a finalement reçues que courant avril 2016. En raison de ce retard il a dû s'adresser à l'Hospice général.

La représentante de la défenderesse a déclaré : « Je ne peux pas vous dire si la Mobilière possède le certificat du Dr B _____. Comme des indemnités ont été versées pendant cinq mois au demandeur nous avons vraisemblablement pris en compte ce certificat. La Mobilière assurance maladie possède l'entier du dossier de l'assurance accident. Nous constatons que l'attestation du Dr B _____ a bien été prise en compte dans l'arrêt en matière d'accident p. 2 ch. 3. Ce médecin considérait qu'une reprise de travail était possible au 1^{er} mars. L'exploitation a pour nous en tous les cas cessé le jour de la radiation de l'entreprise mais vraisemblablement déjà avant. Dès janvier 2016, les primes de l'assurance-maladie collective n'avait plus été payées. Elles ont été compensées avec les indemnités journalières (courrier du 11 mai 2016). Ce délai pour payer les indemnités me paraît usuel ».

L'avocat de la défenderesse a déclaré : « Nous constatons qu'il y a une rente AI mais que le demandeur refuse de communiquer son dossier. Nous n'avons pas d'offre de preuve à fournir dans ce dossier. Nous constatons qu'il y a une contradiction entre la description de l'accident faite ce jour par le demandeur et celle décrite dans l'arrêt p. 2 ».

44. Le 10 juillet 2020, le demandeur a observé que l'OAI avait considéré qu'il présentait une incapacité de travail totale depuis le 6 janvier 2016, soit avant la radiation de l'entreprise le 2 mars 2016 et que la chambre de céans avait jugé que l'atteinte psychique qui avait débuté le 6 janvier 2016 n'était plus en lien avec l'accident, de sorte que des prestations accident ne pouvaient être versées au-delà du 31 mai 2016 ; l'atteinte ne relevant pas de l'accident, elle devait être qualifiée de maladie et donner droit aux indemnités journalières de la défenderesse.
45. Le 31 août 2020, la défenderesse a observé que le demandeur avait refusé l'accès à son dossier AI et communiqué uniquement des extraits choisis de celui-ci, dénués de force probante. Elle n'était de plus pas liée par l'appréciation de l'OAI. Le caractère contradictoire des certificats de la Dresse F_____ avait déjà été relevé par la chambre de céans ; la maladie du demandeur ne remontait pas au 6 janvier 2016, date à laquelle il avait été victime d'un accident. En juin 2019, il s'était prévalu d'un état dépressif survenu le 9 mai 2016, soit postérieurement à la cessation de la couverture d'assurance le 2 mars 2016. Avant le 9 mai 2016, le demandeur n'avait bénéficié d'aucun traitement médical pour une telle affection.
46. Sur quoi la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. a. Conformément à l'art. 134 al. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît des recours contre les décisions du Tribunal administratif de première instance relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-accidents obligatoire prévue par la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20), relevant de la loi fédérale sur le contrat d'assurance, du 2 avril 1908 (LCA - RS 221.229.1).
b. En l'occurrence, l'art. G des CGA prévoit que la défenderesse peut être actionnée notamment au domicile Suisse de la personne assurée ou de l'ayant droit. Le domicile du demandeur étant dans le canton de Genève (art. G CGA), la compétence de la chambre de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.
2. Les litiges relatifs aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie ne sont pas soumis à la procédure de conciliation préalable de l'art. 197 CPC lorsque les cantons ont prévu une instance cantonale unique selon l'art. 7 CPC (ATF 138 III 558 consid. 4.5 et 4.6 ; ATAS/577/2011 du 31 mai 2011), étant précisé que le législateur genevois a fait usage de cette possibilité (art. 134 al. 1 let. c LOJ).
3. Le litige porte sur le droit de l'assuré à des indemnités journalières correspondant à une incapacité de travail de 100 %, du 1^{er} juin 2016 au 31 décembre 2016, pour cause de maladie.
4. Conformément à l'art. A.2 des CGA, l'assurance a pour but de protéger les personnes assurées des conséquences économiques de maladie, d'accidents et de

maladies professionnelles qui se déclarent ou surviennent pendant la durée contractuelle.

Est réputée maladie toute atteinte involontaire à la santé physique, mentale ou psychique qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen ou un traitement médical ou provoque une incapacité de travail (Définition 1 CGA).

Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de la personne assurée à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé d'elle, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de plus de 120 jours, l'activité qui peut être exigée d'elle peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (Définition 4 CGA).

L'indemnité journalière est servie pour chaque jour calendaire d'incapacité de travail d'au moins 25% constatée par un médecin. Le droit aux prestations commence à l'expiration du délai d'attente. Le délai d'attente commence à courir le jour où le médecin a constaté l'incapacité de travail, mais au plus tôt sept jours avant le premier examen médical. Comptent comme jours d'attente les jours d'incapacité de travail d'au moins 25% attestée par un médecin (art. M.1.1 CGA). L'indemnité journalière est versée pendant la durée de prestations indiquée dans la police, au plus toutefois jusqu'à l'âge final (art. L.3.3 § 1 CGA).

Si le preneur d'assurance met fin à son activité indépendante ou s'il transfère son siège social à l'étranger, le contrat d'assurance prend fin (art. M.1.3 1^{er} § CGA).

Si une personne assurée perçoit déjà des prestations lorsque le contrat d'assurance expire ou prend fin, elle conserve son droit à des prestations après cette date, sous réserve de dispositions relatives à la durée de prestations et à l'âge final. Les prestations déjà versées sont prises en compte dans le calcul de la durée de prestations (art. K.2 CGA).

Selon la police d'assurance conclue par les parties, en cas de maladie, une indemnité journalière de CHF 200.- est versée pendant 730 jours, moins le délai d'attente de 30 jours.

5. a. 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).

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).

b. Il est de jurisprudence qu'une expertise privée n'est pas un moyen de preuve au sens de l'art. 168 al. 1 CPC, mais qu'elle doit être assimilée aux allégués de la partie qui la produit (ATF 141 III 433 consid. 2.6 p. 437 ; 140 III 24 consid. 3.3.3 p. 29). Seules doivent être prouvées les allégations qui sont expressément contestées. Une telle contestation doit être suffisamment précise afin que l'on puisse déterminer quelles sont les allégations du demandeur qui sont contestées. En d'autres termes, la contestation doit être concrète à telle enseigne que la partie qui a allégué les faits sache quels sont ceux d'entre eux qu'il lui incombe de prouver. Le degré de la motivation d'une allégation exerce une influence sur le degré exigible de motivation d'une contestation. Plus détaillées sont certaines allégations de la partie qui a le fardeau de la preuve, plus concrètement la partie adverse doit expliquer quels sont au sein de celles-ci les éléments de fait qu'elle conteste. Le fardeau de la contestation ne saurait toutefois entraîner un renversement du fardeau de la preuve (ATF 141 III 433 consid. 2.6 p. 438 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 4A_318/2016 du 3 août 2016).

En présence de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. Ce qui compte à cet égard, c'est que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des

examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient bien motivées. En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3 p. 352 ss ; arrêt 4A_318/201 du 3 août 2016 consid. 6.1).

6. En l'occurrence, le demandeur requiert le versement d'une indemnité journalière dès le 1^{er} juin 2016 en se prévalant d'une incapacité de travail totale pour des raisons « à tout le moins psychiques », dès le 6 janvier 2016. Il invoque l'avis de la Dresse F_____ ainsi que la décision de l'OAI du 9 août 2018.

Il estime ainsi avoir présenté, en raison d'un traumatisme crânien survenu le 6 janvier 2016, un effondrement somato-psychique caractérisé par la chronicisation de symptômes physiques tels que vertiges invalidants, céphalées récurrentes, douleurs lombaires récidivantes, troubles cognitifs, irritabilité, humeur dépressive, tendance au repli, troubles du sommeil, anhédonie, aboulie, sentiment de catastrophe et d'incurabilité et désir passif de mort.

Ces allégations sont contestées par la défenderesse.

7. Préalablement il convient de relever que, dans son jugement du 15 avril 2019, la chambre de céans a constaté que les parties admettaient que le demandeur avait mis fin à son activité de peintre en bâtiment et avait fait radier l'inscription de sa raison individuelle au RC le 2 mars 2016, de sorte que le contrat avec la défenderesse avait pris fin à cette date. Cet arrêt est entré en force. Dans le cadre de la présente procédure, le demandeur a confirmé ce point de vue en indiquant qu'il admettait l'allégué n°9 de la défenderesse, selon lequel le contrat d'assurance avait pris fin au 2 mars 2016 (réplique du 18 décembre 2019).

Ce n'est que lors de l'audience de débats du 22 juin 2020 que le demandeur est revenu sur ses premières allégations, en estimant que le contrat d'assurance n'avait pas pris fin au 2 mars 2016, au motif qu'il ne lui était pas interdit de continuer de travailler. Il est douteux que cette nouvelle allégation puisse être prise en considération. Par ailleurs, le demandeur admet que son ouvrier et lui-même ont cessé de travailler au 6 janvier 2016 et ne conteste pas la déclaration de la défenderesse selon laquelle il n'a plus payé de primes pour le contrat d'assurance-maladie collective dès janvier 2016 (procès-verbal d'audience du 22 juin 2020). Or, conformément à l'art. M.1.3 1^{er} § CGA, si le preneur d'assurance met fin à son activité indépendante, le contrat d'assurance prend fin.

Dans ces conditions il y a lieu de confirmer que le contrat d'assurance s'est éteint au 2 mars 2016.

Enfin, le fait que le demandeur aurait fait radier l'inscription de sa raison individuelle au RC à la suite d'un conseil émanant de l'Hospice général ne permet pas de conclure différemment.

8. a. Il incombe au demandeur d'apporter la preuve de la survenance d'une maladie antérieurement à la cessation de la couverture d'assurance, le 2 mars 2016.

b. S'agissant d'une éventuelle maladie psychique, la chambre de céans, dans son arrêt du 15 avril 2019, a jugé ce qui suit :

« La Dresse F_____, psychiatre traitant, a effectivement indiqué que suite à sa chute, le demandeur a présenté un syndrome post-commotionnel (F07) et des troubles de l'adaptation avec réaction mixte anxio-dépressive (F43.2) entraînant une incapacité de travail totale depuis janvier 2016. Elle a expliqué que suite au traumatisme crânien survenu en janvier 2016, les vertiges, les céphalées, la douleur lombaire récidivante, les troubles cognitifs (désorientation temporo-spatiale), les troubles mnésiques, l'irritabilité, l'humeur dépressive, la tendance au repli, les troubles du sommeil, l'anhédonie, l'aboulie, le sentiment de catastrophe et d'incurabilité ainsi qu'un désir passif de mort étaient si sévères et envahissants qu'ils avaient généré une incapacité de travail totale depuis janvier 2016 (rapports des 31 août 2016 et 9 mai 2017). Etant donné que les rapports des médecins traitants ne sont pas un moyen de preuve au sens de la jurisprudence, il convient dès lors d'apprécier la valeur des explications fournies par la Dresse F_____ au regard des autres éléments au dossier. En date du 24 février 2016, le demandeur a annoncé à la défenderesse son accident, en indiquant que le 6 janvier 2016, il avait glissé dans les escaliers, qu'il était tombé sur le dos et avait tapé la tête contre le mur. Il avait eu des douleurs au dos et à la jambe droite. La chambre de céans constate ainsi que sept semaines après l'accident, le demandeur n'a alors fait état d'aucun symptôme listé par la Dresse F_____, hormis des douleurs au dos. Par ailleurs, selon le premier rapport établi dans les suites de l'accident, non daté et joint à la déclaration d'accident du 24 février 2016, le Dr B_____ a retenu uniquement, à titre de diagnostics, une contusion discale lombaire et une discopathie lombaire mineure. En outre, il apparaît que la chute n'a pas nécessité des soins immédiats, puisque ceux-ci ont été prodigués soit le 8 janvier 2016 (déclaration d'accident du demandeur), soit le 11 janvier 2016 (rapport du Dr B_____ joint à la déclaration précitée). En outre, c'est seulement le 12 juin 2016, soit près de cinq mois après l'accident, qu'il a été fait état, pour la première fois, de la survenue, en janvier 2016, d'un traumatisme crânien engendrant une incapacité de travail à compter du 9 mai 2016 (rapport de la Dresse F_____ du 2 juin 2016). Ce médecin, qui n'a suivi le demandeur qu'à compter du 9 mai 2016, est ensuite revenue sur le début de l'incapacité de travail en expliquant, de manière contradictoire, que celle-ci remontait au mois de janvier 2016 (rapports des 31 août 2016 et 8 mai 2017). Par ailleurs, on relèvera que le Dr H_____, médecin traitant, n'a retenu dans son rapport du 1^{er} septembre 2016, ni l'existence d'un traumatisme crânien, ni aucun des symptômes listés par la psychiatre traitante, exception faite de lombalgies et

d'un état anxio-dépressif. Or, si, comme l'a indiqué la Dresse F_____, le demandeur a effectivement présenté, en raison d'un traumatisme crânien, des vertiges, des céphalées, des troubles cognitifs (désorientation temporo-spatiale), des troubles mnésiques, une irritabilité, une humeur dépressive, une tendance au repli, des troubles du sommeil, de l'anhédonie, une aboulie, un sentiment de catastrophe et d'incurabilité ainsi qu'un désir passif de mort, si sévères et envahissants qu'ils généraient une incapacité de travail totale depuis janvier 2016, il apparaît étonnant que le Dr H_____ ne l'ait pas relevé dans son rapport du 1^{er} septembre 2016. C'est seulement le 18 avril 2017, soit plus d'une année après la chute, que ce médecin a fait état, pour la première fois, de l'existence d'un TCC et de vertiges secondaires en lien avec l'accident assuré. La chambre de céans constate également que les investigations complémentaires effectuées durant les quatre mois qui ont suivi l'accident ont porté exclusivement sur la problématique des lombaires (cf. les constatations radiologiques effectuées par le Dr B_____ dans son rapport joint à la déclaration d'accident, le rapport du 5 septembre 2016 du Dr C_____ concernant la consultation effectuée en avril 2016 et l'imagerie lombaire du 11 mai 2016). Il paraît ainsi douteux que le demandeur ait présenté l'ensemble des symptômes listés par la Dresse F_____ et entraînant, selon ce médecin, une incapacité de travail totale dès janvier 2016, alors qu'aucun examen médical portant spécifiquement sur le traumatisme crânien n'a été entrepris. On relèvera encore que le Dr E_____ a, par rapport du 23 juin 2016, diagnostiqué un status post-TCC, avec commotion légère. Il a relevé que la chute dans les escaliers, apparemment sans gravité, n'avait donné lieu à aucune lésion objectivable à l'imagerie cérébrale effectuée le 15 juin 2016. A cet égard, force est de constater que ni la Dresse F_____, ni le Dr H_____, ni le Dr C_____ - qui se sont pourtant prononcés à la suite du rapport du Dr E_____ - n'ont contesté le diagnostic retenu (soit un status post-TCC, avec commotion légère), ni prétendu qu'une lésion avait été objectivée à l'imagerie cérébrale. La chambre de céans est ainsi d'avis que ces éléments et ces incohérences sont propres à créer un doute sérieux et à ébranler la vraisemblance prépondérante que le demandeur doit établir. S'il apparaît que la chute a pu effectivement causer un traumatisme crânien - sous la forme d'une commotion légère - le demandeur n'a toutefois pas établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que ce traumatisme a provoqué des troubles psychiques entraînant une incapacité de travail totale dès janvier 2016 et perdurant au-delà du 31 mai 2016 ».

Ces considérations peuvent être reprises dans le cadre de la présente procédure, étant relevé que le demandeur n'a pas apporté d'autres pièces médicales étayant ses allégations. Au vu de ce qui précède, la preuve de la survenance d'une maladie psychique antérieurement au 2 mars 2016 n'est pas rapportée.

c. S'agissant d'une éventuelle maladie somatique, force est de constater que le demandeur n'a pas allégué, à hauteur des exigences de preuve, qu'il aurait présenté une telle maladie, survenue antérieurement au 2 mars 2016 et incapacitante jusqu'au 31 décembre 2016.

A cet égard, il convient de relever que la chambre de céans a jugé ce qui suit dans l'arrêt précité : « l'existence d'une incapacité de travail du 1^{er} juin 2016 au 30 avril 2017, en raison de troubles lombaires, n'a, quoi qu'il en soit, pas été dûment constatée par un médecin. S'il apparaît que le Dr C_____ a certes constaté des troubles lombaires et préconisé un arrêt de travail lorsque le demandeur l'a consulté en avril 2016, ce médecin a néanmoins estimé qu'une reprise progressive devait être effectuée dès que possible, renvoyant au Dr H_____ pour la suite (rapport du 5 septembre 2016). Quant au Dr H_____, ces explications n'apparaissent pas cohérentes. Dans un premier temps, ce médecin a attesté que le demandeur avait présenté notamment des lombalgies sur trouble dégénératif de la colonne lombaire avec discopathie L3-L4, L5-S1 et sacralisation L5 qui s'étaient aggravées depuis l'accident avec un état anxio-dépressif. Il avait émis un arrêt de travail à 100% du 1^{er} mars au 1^{er} juin 2016 (rapport du 1^{er} septembre 2016). Ce rapport ne permet toutefois pas de déterminer si l'incapacité de travail, jusqu'au 1^{er} juin 2016, se justifiait en raison des troubles lombaires ou uniquement en raison de l'état anxio-dépressif. Puis, près de six mois plus tard, dans un rapport daté du 18 avril 2017, le Dr H_____ est revenu, de manière contradictoire, sur l'incapacité de travail du demandeur en expliquant que ce dernier ne pouvait plus exercer son ancienne activité compte tenu de ses douleurs dorso-lombaires. On relèvera que ce médecin n'a cependant fourni aucune explication quant aux raisons pour lesquelles il s'écartait de son précédent rapport. On ajoutera encore que le rapport du 18 avril 2017 apparaît d'autant plus incohérent que ce médecin n'a retenu aucune limitation fonctionnelle liée à des troubles lombaires. Quoi qu'il en soit, le Dr H_____ n'a pas explicitement constaté une incapacité de travail totale du 1^{er} juin 2016 au 30 avril 2017. Par ailleurs, il résulte de l'ensemble des pièces au dossier, qu'à compter du mois d'avril 2016, le demandeur n'a plus consulté de spécialiste pour ses troubles lombaires et que son médecin traitant, soit le Dr H_____, ne le traite pas pour cette affection (rapport du 18 avril 2017). Enfin, l'absence de répercussion des troubles lombaires sur la capacité de travail du demandeur a également été constatée lors de l'examen effectué par le Dr E_____ le 14 juin 2016 (rapport du 23 juin 2016, point 12). Vu l'ensemble de ces éléments, il y a lieu de conclure que le demandeur n'a pas apporté la preuve, contrairement à ce que prévoit l'art. L.3.1 des CGA, que les troubles lombaires ont eu une répercussion sur sa capacité de travail du 1^{er} juin 2016 au 30 avril 2017. S'agissant enfin des troubles liés aux cervicales, le Dr H_____ a certes diagnostiqué une cervicalgie sur arthrose C3-C4-C5 (rapport du 1^{er} septembre 2016) et il a ensuite indiqué avoir retenu le 1^{er} mars 2016, suite à l'accident, le diagnostic "cervico-lombaire" (rapport du 18 avril 2017). Cela étant, aucun de ses rapports ne fait état de la répercussion de cette atteinte sur la capacité de travail du demandeur. De surcroît, les plaintes dont a fait part le demandeur au Dr E_____ le 14 juin 2016 ne concernaient pas cette partie de la colonne vertébrale (rapport du 23 juin 2016, p. 2) et le Dr C_____ n'a pas diagnostiqué de troubles liés aux cervicales (rapport du 5 septembre 2016) ».

Ces considérations peuvent être reprises dans le cadre de la présente procédure, le demandeur n'ayant amené aucun autre élément médical qui permettrait de s'en écarter. Partant, le demandeur n'a pas prouvé qu'il était, pour des motifs somatiques, en incapacité de travail au-delà du 31 mai 2016.

d. Enfin, le demandeur se prévaut de la décision de rente de l'OAI. Selon la motivation de celle-ci, le demandeur a présenté une incapacité de travail totale dans toute activité depuis le 6 janvier 2016. La cause de cette incapacité n'est toutefois pas mentionnée. Le demandeur ayant refusé l'apport de son dossier AI, il n'est pas possible de savoir sur quelle pièces médicales l'OAI s'est fondé pour reconnaître cette incapacité de travail.

En particulier, la survenance d'une maladie postérieurement au 2 mars 2016 pourrait justifier la présence d'une incapacité de travail totale dans toute activité du demandeur, au sens de l'assurance-invalidité, depuis le 6 janvier 2016, compte tenu d'une atteinte d'abord due à l'accident, du 6 janvier au 31 mai 2016.

En conséquence et contrairement à l'avis du demandeur, l'octroi de la rente entière d'invalidité en sa faveur dès le 1^{er} janvier 2017 n'est pas suffisante pour prouver la survenance d'une maladie antérieurement au 2 mars 2016.

9. Au vu de ce qui précède, la demande ne peut qu'être rejetée.

La procédure est gratuite (art. 114 let. e CPC et art. 22 al. 3 let e. a LaCC).

**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

Julia BARRY

Valérie MONTANI

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