

GE_GERICHTE ATAS/1028/2020 vom 2. November 2020

GE Cour de justice, 2020-11-02, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1028_2020

FR: GE_GERICHTE ATAS/1028/2020 du 2 novembre 2020

IT: GE_GERICHTE ATAS/1028/2020 del 2 novembre 2020

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

E. 3

Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

A/3844/2019 - 14/30 -

E. 4

Le litige porte sur la question de savoir si les troubles présentés par la recourante au-delà du 13 janvier 2019 (à 6 mois de l'événement) sont en lien de causalité avec l'accident du 12 juillet 2018.

E. 5

Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA). La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). L'exigence afférente au rapport de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement dommageable de caractère accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1). Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la

santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1; ATF 119 V 335 consid.1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références). Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident. Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré (raisonnement « post hoc, ergo propter hoc »; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 consid. 3b).

E. 6

En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Si un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par

A/3844/2019 - 15/30 - l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine) (RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b; arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.2). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 et 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2).

E. 7

Selon l'expérience médicale, pratiquement toutes les hernies discales s'insèrent dans un contexte d'altération des disques intervertébraux d'origine dégénérative, un événement accidentel n'apparaissant qu'exceptionnellement, et pour autant que certaines conditions particulières soient réalisées, comme la cause proprement dite d'une telle atteinte. Une hernie discale peut être considérée comme étant due principalement à un accident, lorsque celui-ci revêt une importance particulière, qu'il est de nature à entraîner une lésion du disque intervertébral et que les symptômes de la hernie discale (syndrome vertébral ou radiculaire) apparaissent immédiatement, entraînant aussitôt une incapacité de travail. Dans de telles circonstances, l'assureur-accidents doit, selon la jurisprudence, allouer ses prestations également en cas de rechutes et pour des opérations éventuelles. Si la hernie discale est seulement déclenchée, mais pas provoquée par l'accident, l'assurance-accidents prend en charge le syndrome douloureux lié à l'événement accidentel. En revanche, les conséquences de rechutes éventuelles doivent être prises en charge seulement s'il existe des symptômes évidents attestant d'une relation de continuité entre l'événement accidentel et les rechutes (voir notamment RAMA 2000 n° U 378 p. 190 consid. 3; arrêt du Tribunal fédéral 8C_560/2017 du 3 mai 2018 consid. 6.1). La preuve médicale de la causalité naturelle dans le cas d'une hernie discale, décompensée par l'accident assuré, est remplacée par la

présomption jurisprudentielle - qui se fonde sur la littérature médicale - selon laquelle une aggravation traumatique d'un état dégénératif préexistant de la colonne vertébrale cliniquement asymptomatique doit être considérée comme étant terminée, en règle générale, après six à neuf mois, au plus tard après un an (arrêts du Tribunal fédéral 8C_412/2008 du 3 novembre 2008 consid. 5.1.2 et 8C_467/2007 du 25 octobre 2007 consid. 3.1; voir également arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 354/04 du 11 avril 2005 consid. 2.2 avec références). S'il s'agit d'un accident sans lésions structurelles au squelette, il y a lieu de considérer que la chronicisation des plaintes doit être attribuée à d'autres facteurs (étrangers à l'accident). Des plaintes de longue durée consécutives à une simple contusion doivent en effet souvent être imputées à un trouble de l'adaptation ou de graves perturbations psychiques (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 354/04 du 11 avril 2005 consid. 2.2;

A/3844/2019 - 16/30 - voir également arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 60/02 du 18 septembre 2002). Casuistique : Le lien de causalité naturelle entre un accident et une hernie a notamment été nié dans les cas suivants : une chute dans un escalier n'est pas la cause d'une hernie discale, lorsque l'assuré souffrait déjà d'une discopathie avant l'accident et que celle-ci a été aggravée de 15 % environ par la chute, dès lors que l'accident ne peut être qualifié d'événement sans lequel le dommage ne se serait pas produit (RAMA 1986 n° K 703 p. 473 et ss, consid. 2b); lorsque l'assuré souffrait depuis plusieurs années d'une modification dégénérative du tissu conjonctif de l'anneau extérieur du disque intervertébral et qu'il est pratiquement sûr que la hernie discale puisse être attribuée à ce dommage du disque intervertébral (RAMA 1990 n° K 849 p. 325).

E. 8

En matière de lésions du rachis cervical par accident de type «coup du lapin», de traumatisme analogue ou de traumatisme crânio-cérébral sans preuve d'un déficit fonctionnel organique, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail ou de gain doit en principe être reconnue en présence d'un tableau clinique typique présentant de multiples plaintes (maux de têtes diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité, troubles de la vue, irritabilité, dépression, modification du caractère, etc.). L'absence de douleurs dans la nuque et les épaules dans un délai de 72 heures après l'accident assuré permet en principe d'exclure un traumatisme de type « coup du lapin » justifiant d'admettre un rapport de causalité naturelle entre cet accident et d'autres symptômes apparaissant parfois après une période de latence (par ex., vertiges, troubles de la mémoire et de la concentration, fatigabilité), malgré l'absence de substrat objectivable; il n'est pas nécessaire que ces derniers symptômes - qui appartiennent, avec les cervicalgies, au tableau clinique typique d'un traumatisme de type « coup du lapin » - apparaissent eux-mêmes dans le délai de 72 heures après l'accident assuré (SVR 2007 UV n. 23 p. 75; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 580/06 du 30 novembre 2007 consid. 4.1).

E. 9

Le droit à des prestations suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé

physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose guère, car l'assureur répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références). En cas d'atteinte à la santé psychique, les règles applicables en matière de causalité adéquate sont différentes selon qu'il s'agit d'un événement accidentel ayant entraîné une affection

A/3844/2019 - 17/30 - psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique (ATF 115 V 133 consid. 6; ATF 115 V 403 consid. 5) ou d'un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale et d'un traumatisme cranio-cérébral sans preuve d'un déficit organique objectivable (ATF 134 V 109 consid. 7 à 9; ATF 117 V 369 consid. 4b; ATF 117 V 359 consid. 6a; SVR 1995 UV n° 23 p. 67 consid. 2; sur l'ensemble de la question cf. ATF 127 V 102 consid. 5b/bb).

E. 10

Selon la pratique du coup du lapin, l'examen de ces critères doit se faire au moment où aucune amélioration significative de l'état de santé de l'assuré ne peut être attendue de la poursuite du traitement médical relatif aux troubles typiques du coup du lapin - dont les composantes psychologique et physique ne sont pas facilement différenciées - (ATF 134 V 109 consid. 4.3 et consid. 6.2; arrêt du Tribunal fédéral 8C_303/2017 consid. 4.1) ou, autrement dit, du traitement médical en général (« ärztlichen Behandlung insgesamt » une amélioration sensible de l'état de santé de l'assuré (RUMO-JUNGO / HOLZER, Bundesgesetz über die Unfallversicherung [UVG] 2012 ad art. 6 p. 60). Pour juger du caractère adéquat du lien de causalité entre les plaintes et un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou un traumatisme cranio-cérébral sans preuve d'un déficit organique objectivable, il y a lieu d'abord d'opérer une classification des accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement; les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par ex. une chute banale), les accidents de gravité moyenne et les accidents graves (ATF 134 V 109 consid. 10.1; ATF 115 V 133 consid. 6). Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 117 V 359 consid. 6a). Sont déterminantes les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent (arrêt du Tribunal fédéral 8C_890/2012 du 15 novembre 2013 consid. 5.2 et les références). Lorsque l'accident est insignifiant ou de peu de gravité, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre cet événement et d'éventuels troubles peut, en règle générale, être d'emblée niée, sans même qu'il soit nécessaire de trancher le point de savoir si l'assuré a été victime ou non d'un traumatisme de type « coup du lapin », d'une lésion analogue à une telle atteinte ou d'un traumatisme cranio-cérébral (ATF 134 V 109 consid. 10.1; ATF 117 V 359 consid. 6a; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 428/2006 du 30 octobre 2008 consid. 4.2). Ce n'est qu'à titre exceptionnel qu'un accident de peu de gravité peut constituer la cause adéquate d'une incapacité de travail et de gain. Il faut alors que les conséquences immédiates de l'accident soient susceptibles d'avoir entraîné les troubles psychiques et que les critères applicables en cas d'accident de gravité moyenne se cumulent ou revêtent une intensité particulière (arrêt du Tribunal fédéral 8C_510/2008 du 24 avril 2009

A/3844/2019 - 18/30 - consid. 5.2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 369/01 du 4 mars 2002 consid. 2c). Lorsque l'assuré est victime d'un accident grave, il y a lieu, en règle générale, de considérer comme établie l'existence d'une relation de causalité adéquate entre

cet événement et l'incapacité de travail (ou de gain) (ATF 134 V 109 consid. 10.1; par analogie ATF 115 V 403 consid. 5b). Sont réputés accidents de gravité moyenne, les accidents qui ne peuvent être classés dans l'une ou l'autre des catégories décrites ci-dessus. Pour admettre le caractère adéquat du lien de causalité entre un tel accident et des atteintes à la santé sans preuve de déficit organique consécutives à un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, un traumatisme analogue ou un traumatisme crânio- cérébral, il faut que soient réunis certains critères objectifs, désormais formulés de la manière suivante (ATF 134 V 109 consid. 10.2) : - les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident; - la gravité ou la nature particulière des lésions; - l'administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible; - l'intensité des douleurs; - les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident; - les difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes; - et, enfin, l'importance de l'incapacité de travail en dépit des efforts reconnaissables de l'assuré. L'examen de ces critères est effectué sans faire de distinction entre les composantes physiques ou psychiques : ainsi, les critères relatifs à la gravité ou à la nature particulière des lésions subies, aux douleurs persistantes ou à l'incapacité de travail sont déterminants, de manière générale, sans référence aux seules lésions ou douleurs physiques (ATF 117 V 359 consid. 6a; ATF 117 V 369 consid. 4b). Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 134 V 109 consid. 10.1; ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références).

A/3844/2019 - 19/30 - Casuistique : Circonstances concomitantes particulièrement dramatiques La raison pour laquelle la jurisprudence a adopté le critère des circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou du caractère particulièrement impressionnant de l'accident repose sur l'idée que de telles circonstances sont propres à déclencher chez la personne qui les vit des processus psychiques pouvant conduire ultérieurement au développement d'une affection psychique. L'examen se fait sur la base d'une appréciation objective des circonstances de l'espèce. On ajoutera que la survenance d'un accident de gravité moyenne présente toujours un certain caractère impressionnant pour la personne qui en est victime, ce qui ne suffit pas en soi à conduire à l'admission de ce critère (arrêt du Tribunal fédéral 8C_766/2017 du 30 juillet 2018 consid. 6.3.1.1). Le Tribunal fédéral a rappelé que le critère de « circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident » a été admis, s'agissant d'un important carambolage sur l'autoroute, ou d'une collision entre une voiture et un camion dans un tunnel d'autoroute avec nombreux heurts contre le mur du tunnel, ou d'une collision entre une voiture et un semi-remorque, le conducteur du semi-remorque, n'ayant pas remarqué le véhicule dans lequel se trouvait l'assuré, l'ayant poussé sur une longue distance (300 m de côté), ou encore, d'une importante embardée du véhicule qui perd une roue sur l'autoroute alors qu'il circule à haute vitesse, avec plusieurs tonnes et projection d'un passager hors du véhicule (arrêt du Tribunal fédéral 8C_817/2009 du 26 mars 2010 et les références). Critère du degré et de la durée de l'incapacité de travail Ce critère ne se mesure pas uniquement au regard de la profession antérieurement exercée par l'assuré. Ainsi, il n'est pas rempli lorsque l'assuré est apte, même après un certain laps de

temps, à exercer à plein temps une activité adaptée aux séquelles accidentelles qu'il présente (arrêt du Tribunal fédéral 8C_766/2017 du 30 juillet 2018 consid. 6.3.3). Accidents de gravité moyenne Le Tribunal fédéral a estimé que lorsque l'effet des forces en présence n'était pas dérisoire, l'accident est qualifié de gravité moyenne et non de moyen à la limite des cas graves (arrêt du Tribunal fédéral 8C_316/2008 du 29 décembre 2008 et les références). Ont été qualifiés de gravité moyenne un choc frontal entre deux voitures (arrêt du Tribunal fédéral 8C_354/2011 du 3 février 2012), une chute d'ascenseur sur deux étages (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 204/00 du 30 avril 2001), la chute d'un bloc de pierre d'un immeuble en construction sur un ouvrier lui percutant le dos, la jambe et causant un traumatisme crânien (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 338/05 du 1er septembre 2006), un piéton renversé par une voiture

A/3844/2019 - 20/30 - avec traumatisme crânien (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 128/03 du 23 septembre 2004). Le Tribunal fédéral a considéré qu'un accident impliquant une voiture roulant à moins de 50 km/h pouvait être qualifié d'accident de gravité moyenne en l'absence de circonstances particulières (arrêt du Tribunal fédéral 8C_788/2008 du 4 mai 2009 consid. 3). Un accident impliquant une collision par l'arrière du véhicule de l'assuré qui a été projeté sur une distance de 15 m doit être considéré comme un accident de gravité moyenne (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 142/05 du 6 avril 2006 consid. 4.2). Lorsqu'un véhicule est percuté par l'arrière par une autre voiture alors qu'il se trouve à l'arrêt sur la chaussée en présélection à gauche, il s'agit d'un accident de gravité moyenne (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 237/04 du 13 septembre 2005 consid. 4). Selon la casuistique des accidents impliquant des motocyclistes percutés par un véhicule automobile, les cas classés dans la catégorie des accidents de gravité moyenne stricto sensu ont en commun le choc d'un motocycliste roulant à une vitesse comprise entre 50 km/h et 70 km/h avec un automobiliste en train de bifurquer (arrêt du Tribunal fédéral 8C_99/2019 du 8 octobre 2019 consid. 4.4.1).

E. 11

a. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas 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. A cet égard, il importe 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 (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). b. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b). c. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la

base

A/3844/2019 - 21/30 - d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). d. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPG ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 8C_923/2010 du 2 novembre 2011 consid. 5.2). e. Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références). f. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. cc). S'il est

A/3844/2019 - 22/30 - vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1). g. On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas,

de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 2.2).

E. 12

a. Pour l'établissement des faits pertinents, il y a lieu d'appliquer les principes ordinaires régissant la procédure en matière d'assurances sociales, à savoir, en particulier, la maxime inquisitoire, ainsi que les règles sur l'appréciation des preuves et le degré de la preuve. b. La maxime inquisitoire signifie que l'assureur social et, en cas de litige, le juge, établissent d'office les faits déterminants, avec la collaboration des parties, sans être liés par les faits allégués et les preuves offertes par les parties, en s'attachant à le faire de manière correcte, complète et objective afin de découvrir la réalité matérielle (art. 43 LPGA; art. 19 s., 22 ss, 76 et 89A LPA; Ghislaine FRÉSARD FELLAY / Bettina KAHIL-WOLFF / Stéphanie PERRENOUD, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. II, 2015, p. 499 s.). Les parties ont l'obligation d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués; à défaut, elles s'exposent à devoir supporter les conséquences de l'absence de preuve (art. 28 LPGA; ATF 125 V 193 consid. 2; 122 V 157 consid. 1a; 117 V 261 consid. 3b et les références). c. Comme l'administration, le juge apprécie librement les preuves administrées, sans être lié par des règles formelles (art. 61 let. c LPGA). Il lui faut examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les pièces du dossier et autres preuves recueillies permettent de porter un

A/3844/2019 - 23/30 - jugement valable sur le droit litigieux. Il lui est loisible, sur la base d'une appréciation anticipée des preuves déjà disponibles, de refuser l'administration d'une preuve supplémentaire au motif qu'il la tient pour impropre à modifier sa conviction (ATF 131 III 222 consid. 4.3; ATF 129 III 18 consid. 2.6; arrêt du Tribunal fédéral 4A_5/2011 du 24 mars 2011 consid. 3.1). d. Une preuve absolue n'est pas requise en matière d'assurances sociales. L'administration et le juge fondent leur décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références). Il n'existe pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a; Ghislaine FRÉSARD- FELLAY / Bettina KAHIL-WOLFF / Stéphanie PERRENOUD, op. cit., p. 517 s.). Reste réservé le degré de preuve requis pour la notification de décisions, l'exercice d'un moyen de droit, le

contenu d'une communication dont la notification est établie (ATF 124 V 400; 121 V 5 consid. 3b; 119 V 7 consid. 3c/bb; ATAS/286/2018 du 3 avril 2018 consid. 3; ATAS/763/2016 du 27 septembre 2016 consid. 4 et 5c).

E. 13

Le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151 consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

E. 14

En l'espèce, la décision entreprise étant fondée sur l'appréciation du Dr I_____, médecin-conseil de l'intimée, et la recourante contestant la valeur probante de l'avis de ce spécialiste, il y a lieu d'examiner si les appréciations médicales successives (26 avril et 17 juillet 2019) de ce médecin répondent aux conditions posées par la

A/3844/2019 - 24/30 - jurisprudence, rappelées ci-dessus, pour pouvoir se voir reconnaître une pleine valeur probante. La chambre de céans estime que tel est bien le cas. Ces appréciations ont été posées par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies en pleine connaissance du dossier, le médecin-conseil de l'intimée aboutissant à des conclusions convaincantes. Le fait que ce spécialiste soit régulièrement sollicité par l'intimée, en tant que médecin-conseil, et que son appréciation repose sur le seul dossier, - ce praticien n'ayant jamais procédé à l'examen personnel de l'assurée - ne sauraient à eux seuls priver ces appréciations de toute valeur probante. En effet, comme rappelé précédemment, la jurisprudence considère qu'une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir une valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références). Tel est bien le cas en l'espèce. L'appréciation initiale du Dr I_____ (26 avril 2019) reposait en effet sur le dossier constitué par l'intimée; la seconde (17 juillet 2019), sur laquelle est fondée la décision entreprise, sur l'ensemble du dossier, complété sur opposition par les pièces

médicales nouvelles et les objections de l'assurée à l'appui de son opposition. Le rapport du Dr I_____ du 17 juillet 2019 se prononce clairement et de façon convaincante sur les rapports médicaux produits par l'assurée (Drs J_____, E_____ et G_____, ainsi que M. H_____, chiropraticien) : il décrit objectivement le contenu de ces rapports, ainsi que du rapport d'interprétation de l'IRM du 27 mars 2019 (Dr F_____) avant de formuler son appréciation, aboutissant à la conclusion que les discopathies et protrusions ne résultent ni de l'accident du 12 juillet 2018 et encore moins de l'accident du 29 septembre 2017. Il observait ainsi qu'il n'existe aucune documentation radiologique d'une lésion structurelle, faisant suite aux deux accidents susmentionnés. S'agissant de l'indication chirurgicale retenue par le Dr G_____, il indique que la discopathie C4-C5 qui pourrait faire l'objet d'une intervention chirurgicale, n'a pas pu apparaître entre l'événement de juillet 2018 et la réalisation de l'IRM de mars 2019. Ces lésions sont lentement évolutives, sur des années. Il considère en revanche que l'événement du 12 juillet 2018 a pu, symptomatiquement, aggraver la situation pendant quelques semaines, voire quelques mois, sous la forme de contractures douloureuses du rachis cervical en admettant une mini-entorse cervicale, sans lésion musculo-ligamentaire ou tendineuse mise en évidence. Il explique qu'en revanche l'état dégénératif préexistant explique beaucoup mieux la persistance des

A/3844/2019 - 25/30 - douleurs, puis une nouvelle aggravation début janvier 2019 et enfin, une aggravation significative conduisant à l'arrêt de travail dès le 25 mars 2019. Il constate que cette aggravation a rendu nécessaire le recours à des examens complémentaires (IRM et examen neurochirurgical) à fin mars et avril 2019. Selon lui, l'évolution en deux ou trois temps n'est absolument pas typique des suites d'un événement traumatique, habituellement constitué d'une phase d'acutisation, puis de restitution progressive. Sur la base de l'analyse des forces lésionnelles lors de l'événement, de l'évolution favorable après trois mois, comme décrit par le Dr J_____ (rapport du 28 mai 2019), et du rapport de la Dresse E_____ du 7 janvier 2019 qui décrit clairement une amélioration tant des douleurs, que de la mobilité, et des contractures, le Dr I_____ - qui observait encore que les Drs J_____, E_____ et G_____ ne se prononcent pas sur la causalité naturelle de l'événement, et que M. H_____ n'a visiblement pas connaissance des bases assécurologique -, concluait que l'on peut fixer le statu quo sine à 6 mois de l'événement, soit au 13 janvier 2019. Il considère encore qu'en l'absence d'éventuelles incertitudes dans ce cas, une expertise lui paraît non justifiée.

E. 15

Dans le cadre de son recours, la recourante persiste à alléguer que les rapports médicaux de ses médecins et thérapeute, produits à l'appui de son opposition contre la décision du 30 avril 2019, indiqueraient qu'il existe encore un lien de causalité directe entre l'accident du 12 juillet 2018 et les lésions corporelles dont elle souffre encore. Or, à bien lire les rapports des Drs J_____, E_____ et G_____, et comme l'a souligné le Dr I_____ dans son rapport du 17 juillet 2019, aucun de ces praticiens ne se prononce sur le lien de causalité naturelle entre l'accident du 12 juillet 2018 et les lésions dont elle souffrait encore. Comme le relève encore le médecin-conseil de l'intimée, seul M. H_____, chiropraticien, prétend (péremptoirement) dans son rapport du 16 mai 2019, que la lésion discale de la recourante ne pourrait avoir comme origine que les deux accidents (29 septembre 2017 - accident de vélo -, et 12 juillet 2018 - objet du litige). Dans son rapport, M. H_____ indique en effet : «... L'examen d'IRM du 27/3/2019 révèle une volumineuse protrusion postéro-latérale et foraminale droite C4-C5. Cette lésion est élective (d'autres niveaux ne sont pas concernés)

et elle n'est pas accompagnée par aucun autre signe significatif. Un état pré-existant argumenté par l'assureur, n'est donc pas soutenu par l'imagerie (aucune image d'une éventuelle arthrose précoce par exemple !). Le seul état pré-existant peut éventuellement être fourni par les suites de l'accident du 29/9/2017 ... qui a été pris en charge (et donc payé) par le même assureur (La Bâloise). Mme (A_____.) n'avait jamais souffert de la nuque avant ses deux accidents et la lésion discale qu'elle présente ne peut être attribuée qu'à ces événements. Un autre argumentaire tiendrait de la science-fiction ». En référence à la jurisprudence citée précédemment, au terme de laquelle, selon l'expérience médicale, pratiquement toutes les hernies discales s'insèrent dans un contexte d'altération des disques intervertébraux d'origine dégénérative, un

A/3844/2019 - 26/30 - événement accidentel n'apparaissant qu'exceptionnellement, et pour autant que certaines conditions particulières soient réalisées, comme la cause proprement dite d'une telle atteinte, une hernie discale peut être considérée comme étant due principalement à un accident, lorsque celui-ci revêt une importance particulière, qu'il est de nature à entraîner une lésion du disque intervertébral et que les symptômes de la hernie discale (syndrome vertébral ou radiculaire) apparaissent immédiatement, entraînant aussitôt une incapacité de travail (consid. 7 ci-dessus), d'une part; d'autre part, le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident. Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré [raisonnement « post hoc, ergo propter hoc »; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 consid. 3b] (consid. 5 in fine, ci-dessus). Force est de constater qu'à l'instar de l'appréciation du Dr I_____, le rapport du chiropraticien ignore les principes ainsi rappelés, l'événement litigieux n'étant manifestement pas de nature à avoir causé une hernie discale, s'agissant bien plutôt d'un accident banal, à faible énergie, M. H_____ n'aboutissant à sa conclusion qu'en procédant à des déductions fondées sur le raisonnement « post hoc, ergo propter hoc », insuffisant pour établir un rapport de causalité naturelle. Et dans le cas particulier ce rapport, qui ne peut se voir reconnaître la moindre valeur probante, ne saurait susciter le moindre doute dans la fiabilité des observations du Dr I_____, faute d'apporter des preuves objectives de ce que l'appréciation du médecin-conseil de l'intimée aurait ignoré des éléments importants.

E. 16

La recourante annonçait dans son recours la production prochaine du rapport médical - en cours de rédaction - de son médecin traitant (recours p. 2 - motifs §7). Ce rapport n'a jamais été produit, sous réserve de la précision suivante : le mandataire de la recourante a communiqué à la chambre de céans, par courrier du 7 février 2019, un document décrit comme étant la « copie du rapport médical du Dr J_____ à l'appui de notre recours du 16 octobre 2019 ». En réalité, ce rapport (du 22 novembre 2019) émane de la Dresse L_____, le Dr J_____ en étant le destinataire. La recourante a ainsi produit en procédure de recours deux documents médicaux nouveaux soit, outre celui mentionné ci-dessus, le rapport du Dr K_____ (19 novembre 2019). Ces deux rapports émanent de deux neurochirurgiens, consultés par la recourante pour un 2ème, respectivement 3ème avis par rapport à celui émis par leur confrère de même spécialité, le Dr G_____ qui, dans son avis du 15 avril 2019, retenait l'indication chirurgicale de hernie C4-C5 para médiane droite, en suggérant toutefois que le résultat attendu ne serait peut-être pas aussi bon qu'espéré. Les seconds avis des neurochirurgiens consultés en novembre 2019 n'apportent toutefois rien de

nouveau qui serait susceptible de jeter un doute sur les conclusions

A/3844/2019 - 27/30 - du Dr I_____ ayant conduit l'intimée à rendre la décision entreprise. En substance, les diagnostics retenus sont les mêmes pour tous les médecins consultés, se basant notamment sur l'IRM cervicale du 27 mars 2019 : protrusion discale C4-C5 latérale pré-foraminale et foraminale droit. Pour sa part, la Dresse L_____ constate qu'à l'examen, la patiente est peu symptomatique, raison pour laquelle elle proposait de procéder à des radiographies, puis d'effectuer une infiltration ciblée avant une éventuelle intervention chirurgicale. Elle ne se prononce toutefois pas sur la question de la causalité naturelle entre la hernie discale et l'accident du 12 juillet 2018. Quant au Dr K_____, il partage pour l'essentiel l'avis du Dr G_____, en tant que ce dernier retient l'indication chirurgicale, dès lors qu'après 18 mois, le traitement conservateur auquel il avait été procédé dans un premier temps n'avait pas donné une évolution satisfaisante. Il émet d'ailleurs les mêmes réserves quant aux attentes d'une telle intervention. Quant au lien de causalité, force est de constater que le Dr K_____ est à tout le moins nuancé. Ainsi, selon lui, « même si un état antérieur ne peut être à 100 % exclu compte tenu du fait que vous avez, avec honnêteté, témoigné de l'histoire d'une entorse cervicale 10 années avant l'accident et, une année avant ce dernier, une chute à vélo qui avait provoqué une entorse cervicale également réglée sous quelques semaines, je ne pense pas que l'on puisse retenir cette notion d'état antérieur d'autant plus que cela n'avait aucunement laissé place à une symptomatologie durable et qu'aucune exploration radiologique n'avait été réalisée pour documenter cette symptomatologie ». La conclusion à laquelle il parvient n'est, quant à elle, pas convaincante. Ainsi le Dr K_____ indique : « la survenue, immédiatement dans les suites de l'accident, d'une symptomatologie caractéristique avec cette imagerie IRM me paraît suffisante pour défendre votre cause et pour attester de la relation entre les deux événements ». Ainsi, le neurochirurgien retient une prétendue symptomatologie caractéristique dans les suites immédiates de l'accident, et l'associe à l'imagerie IRM. Il perd toutefois de vue : - que la symptomatologie à laquelle il fait référence ne résulte que du procès-verbal de visite du gestionnaire de dossier de l'intimée, au domicile de l'assurée le 17 avril 2019 (pièce 17 intimée) - soit 9 mois après l'événement -; - que les troubles inventoriés dans la rubrique dédiée du questionnaire (2. Premiers troubles) n'étaient que partiels par rapport à la liste des symptômes caractéristiques reconnus par la science médicale et la jurisprudence du Tribunal fédéral; - et que l'imagerie à laquelle il est fait référence n'a été effectuée que le 17 mars 2019 (soit 8 mois après l'événement, le même questionnaire précisant que les premiers soins ont été prodigués le lendemain de l'événement, et qu'aucune imagerie n'a été pratiquée initialement). Le fait seul qu'apparaisse à l'IRM une protrusion postérolatérale et foraminale droite C4-C5, n'est évidemment pas suffisant, bien au contraire, pour en déduire

A/3844/2019 - 28/30 - une relation de causalité entre cette atteinte qui, sauf circonstances exceptionnelles non réalisées en l'espèce, est d'origine dégénérative, et l'accident bagatelle du 12 juillet 2018. Cela étant, comme l'a pertinemment relevé l'intimée dans ses écritures, le Dr K_____ a retenu des éléments anamnestiques qui, en termes d'incapacité immédiate de travail, ne sont corroborés par aucun autre document médical ou administratif ressortant du dossier : en effet, la recourante n'a jamais été en arrêt de travail dans les suites immédiates de l'accident, mais seulement à 50 % à dater du 25 mars 2019 (plus de 8 mois après l'événement) - voir ci-dessus En fait ad ch. 6 - et ce, après qu'en date du 11 mars 2019, la Dresse E_____ - qui a prescrit le premier arrêt de travail, en date du 21 mars 2019 - ait

constaté dans un rapport à l'intention de l'intimée qu'il n'y avait pas d'incapacité de travail et pas à craindre un dommage permanent (cf. ci-dessus En fait ad ch. 5). Or, comme on l'a vu précédemment, selon la jurisprudence, une hernie discale peut être considérée comme étant due principalement à un accident, lorsque celui-ci revêt une importance particulière, qu'il est de nature à entraîner une lésion du disque intervertébral et que les symptômes de la hernie discale (syndrome vertébral ou radiculaire) apparaissent immédiatement, entraînant « aussitôt » une incapacité de travail (consid. 7 ci-dessus et références citées). Du reste, le Dr K_____ n'indique pas clairement que, selon lui, le lien de causalité entre l'événement et la hernie discale diagnostiquée serait à tout le moins probable; au contraire il se borne à indiquer que les éléments qu'il retient lui paraissent « suffisant(s) pour défendre votre cause et pour attester de la relation entre les 2 événements », conclusion nettement insuffisante au regard des exigences de la jurisprudence, dès lors qu'elle s'apparente plus à l'ordre du possible plutôt que du probable, le tout devant être apprécié en fonction de la relation particulière existant entre le patient et le médecin dans le cadre d'un mandat thérapeutique. Une telle conclusion ne contredit au demeurant pas les conclusions auxquelles parvient le Dr I_____, qui admet que l'événement du 12 juillet 2018 a pu, symptomatiquement, aggraver la situation pendant quelques semaines, voire quelques mois, sous la forme de contractures douloureuses du rachis cervical en admettant une mini-entorse cervicale, sans lésion musculo-ligamentaire ou tendineuse mise en évidence.

E. 17

Au vu de ce qui précède, force est de constater que les critiques de la recourante, et les avis médicaux qu'elle a produits en procédure de recours, aussi bien que ceux qu'elle avait produits au stade de l'opposition, ne sont pas de nature à remettre en cause les conclusions de l'intimée, ni le bien-fondé de la décision entreprise.

E. 18

La recourante considère encore, à titre subsidiaire, si la chambre de céans n'entendait pas d'emblée accueillir son recours, qu'il conviendrait de mettre en œuvre une expertise judiciaire. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante

A/3844/2019 - 29/30 - et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 469 consid. 4a; 122 III 223 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101) (SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b; 122 V 162 consid. 1d). Au vu de ce qui précède, la chambre de céans ne donnera pas suite à cette conclusion, car une expertise judiciaire serait, dans le cas d'espèce, inutile pour pouvoir valablement trancher le litige.

E. 19

Mal fondé, le recours sera rejeté.

E. 20

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la
forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte
Originaltext. Quellen-URL siehe oben.