

GE_GERICHTE ATAS/403/2021 vom 3. Mai 2021

GE Cour de justice, 2021-05-03, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_403_2021

FR: GE_GERICHTE ATAS/403/2021 du 3 mai 2021

IT: GE_GERICHTE ATAS/403/2021 del 3 maggio 2021

Erwägungen

E. 5

% requis par la LAA. d. Le recourant voit tout d'abord une contradiction dans le fait que l'expert, dans son premier rapport – 22 mars 2017 – avait admis un lien de causalité naturelle entre l'atteinte à la santé (MIG) et l'accident du 1er juillet 2016, puis ne le retenait plus dans son rapport du 12 septembre 2017 au motif que l'état actuel n'était plus en lien avec les accidents (1er juillet 2016 et 16 mai 2017), mais avec les comorbidités, notamment le canal lombaire étroit. Contrairement à ce que soutient le recourant, il n'y a pas de contradiction entre le premier et le second rapport de l'expert sur ce point. Dans un premier temps, l'expert a en effet reconnu le lien de causalité naturelle entre l'état du MIG et l'accident du 1er juillet 2016, ce sur quoi s'accordent d'ailleurs tous les médecins qui ont eu à connaître de cette problématique. L'expert indiquait dans ce premier rapport que l'état antérieur était probablement normal, et

A/3520/2018 - 31/39 - que la rupture, du (muscle) droit antérieur, subtotale, constituait certes une aggravation déterminante de l'état normal avec perte fonctionnelle définitive, mais isolée de ce muscle (qui n'est que l'un des quatre muscles composant le quadriceps) de sorte qu'en tant que tel - limité au muscle concerné - les statu quo ante ou sine ne seraient jamais plus atteints. Il avait toutefois relevé que si une incapacité de travail totale pendant trois mois, puis partielle pendant une nouvelle période de trois mois était admissible compte tenu de la lésion et de la profession du patient qui se déroule sur deux étages, au-delà de six mois depuis la date de l'accident, on aurait pu s'attendre à une reprise du travail à temps complet. Il regrettait à cet égard que son traitement ait été jusqu'alors, malheureusement, principalement axé sur du ménagement et du massage, ce qui avait entraîné un déconditionnement et entretenu un sentiment d'insécurité qui devrait normalement être, aujourd'hui (en mars 2017), surmonté. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle il était d'avis de poursuivre une séance de physiothérapie hebdomadaire jusqu'à la fin de l'année 2017 en insistant sur le reconditionnement sportif et les exercices à domicile. Il expliquait déjà dans ce premier rapport que les mesures de reconditionnement préconisées permettraient probablement d'améliorer significativement l'état de santé, si en plus le patient était encouragé à reprendre confiance en lui et à entreprendre de véritables exercices personnels de reconditionnement. Dans son second rapport, du 12 septembre 2017, l'expert, se prononçant d'ailleurs tant sur la question de l'accident du 1er juillet 2016 que sur la nouvelle chute du 16 mai 2017, ne revenait pas sur le principe de la causalité naturelle retenue précédemment, mais indiquait qu'en septembre 2017, respectivement au jour de son examen (24 août 2017) les accidents susmentionnés n'étaient plus (c'est le soussigné qui souligne) en lien de causalité naturelle avec l'atteinte constatée à l'état de santé. Il a expliqué sa position de façon motivée, en observant que la déchirure musculaire de l'un des quatre faisceaux du quadriceps gauche (accident du 1er juillet 2016) avait guéri avec une

excellente récupération anatomique et fonctionnelle d'une part, et que la contusion lombo-sacrée et/ou des fesses (accident du 16 mai 2017) n'avait entraîné aucune lésion anatomique traumatique. Il observait que ce type de contusion guérissait d'ailleurs sans séquelles en moins d'un mois, dans l'immense majorité des cas. De fait, et comme l'a relevé l'intimée, la nouvelle chute, traitée dans un dossier de sinistre distinct, avait été liquidée par une décision en force. L'expert expliquait toutefois la persistance des douleurs et la faiblesse ressentie au membre inférieur gauche, en rattachant désormais les limitations existantes aux troubles fonctionnels de son canal lombaire étroit dégénératif, entre-temps mis en évidence par les examens auxquels le Dr H_____ avait procédé (rapport du 26 juillet 2017). On retiendra à cet égard que les conclusions de l'expert sont convaincantes, corroborant le rapport très complet et détaillé du Dr H_____, qui ne convenait manifestement pas au recourant, faute d'aller dans son sens : entendu par la chambre de céans, il a en effet objecté (parlant de ce neurologue) « ... j'ai de fait rencontré quelques difficultés avec lui par rapport à son approche. Je lui ai également reproché un certain nombre d'erreurs. Je précise encore que s'il est exact que le Dr H_____ préconise un suivi

A/3520/2018 - 32/39 - psychiatrique au dernier paragraphe utile de son rapport, cela n'a strictement rien à voir avec mon accident ». Force est de constater que le recourant n'a pas pour autant énoncé les erreurs prétendues auxquelles il faisait référence; ses autres médecins non plus. Et la lecture du rapport du Dr H_____ ne laisse planer aucun doute sur la relation qu'il fait, au sujet des conséquences de l'accident du 1er juillet 2016, entre ses constatations objectives, les plaintes subjectives du patient et sa recommandation d'un suivi psychiatrique. C'est en d'autres termes arriver aux mêmes conclusions que celles auxquelles parvenait déjà le Dr D_____ dans son appréciation du 14 novembre 2016 (voir ch. 8 en fait : sur le plan traumatique la situation semblait stabilisée, sans douleur; le problème devenait psychologique). La chambre de céans regrette, à l'instar du Dr G_____, que certains des médecins consultés par le recourant, soit principalement son généraliste traitant, aient entretenu chez le patient le sentiment que l'atteinte musculaire provoquée par la chute du 1er juillet 2016 aurait des conséquences à vie, et qu'il ne pourrait plus jamais récupérer son état antérieur (voir à ce sujet le rapport d'entretien du 1er novembre 2016 entre le gestionnaire de sinistres et l'assuré – ci-dessus en fait ad ch. 7), le Dr B_____ l'encourageant d'ailleurs à faire valoir des prétentions manifestement excessives à l'égard de l'assurance-accidents : par rapport au versement des indemnités journalières pour une durée indéterminée, en entretenant chez le patient l'idée qu'il y avait un droit inconditionnel, évoquant le cas d'autres de ses patients, assurés quant à eux par la CNA, et qui auraient bénéficié d'arrêts accident pendant près de deux ans, pour de mêmes lésions, avant stabilisation de leur situation. Et ensuite, en allant dans le même sens en ce qui concerne l'indemnisation de l'atteinte à l'intégrité - qu'il a chiffrée à 25 % - sans aucune justification; il estimait encore pour la suite, une rente accident à vie correspondant à sa perte effective de gains. On ne peut que constater à cet égard que le généraliste-traitant sortait ainsi manifestement de son domaine de compétence (voir notamment les rapports du Dr B_____ des 16 décembre 2016 et 12 juin 2017, dont les considérations excessives et guère motivées ne sauraient susciter de doute par rapport aux conclusions du Dr G_____).

Les autres médecins consultés, plus modérés que le Dr B_____ dans leurs évaluations médico-théoriques des conséquences de cette rupture musculaire, notamment en termes de récupération fonctionnelle, ont toutefois essentiellement fondé leurs rapports sur les plaintes subjectives du patient, plutôt que sur des constatations objectives. Ainsi, on ne saurait leur

accorder une pleine valeur probante, d'autant que, conformément à la jurisprudence citée précédemment, 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. e. Ses autres contestations sur recours reprennent pour l'essentiel celles qu'il avait déjà soulevées sur opposition (courrier du 16 février 2018), sur lesquelles le

A/3520/2018 - 33/39 - Dr G_____ ainsi que le médecin-conseil de l'intimée avaient déjà eu l'occasion de se prononcer. Il a produit plusieurs rapports médicaux parmi lesquels : le rapport du Dr F_____ du 16 octobre 2017; - le rapport d'IRM des deux cuisses du 1er février 2018 de la Dresse J_____, FMH en radiologie; - le rapport de test isocinétique de la clinique de la Colline du 24 janvier 2018. Sur la base de ces documents, l'assuré estime que les conclusions du Dr G_____ se fondaient sur des examens ne permettant pas d'objectiver un rétablissement de son état de santé; le rapport d'IRM avait permis de mettre en évidence une lésion quadricipitale gauche, avec rupture complète du droit antérieur, importante atrophie musculaire et persistance d'un hypersignal; le bilan isocinétique avait permis de chiffrer la perte de force du quadriceps : en terme de force, puissance et travail musculaire la comparaison entre les muscles droit et gauche montrait une différence d'environ 50 % en défaveur de la jambe gauche; selon le Dr K_____, le patient, à pratiquement deux ans d'une rupture complète du quadriceps gauche, était encore particulièrement gêné fonctionnellement par cette ancienne lésion et le déficit de force qui lui était associé; il avait des douleurs récurrentes et avait dû limiter de façon importante toutes ses activités de la vie quotidienne. L'assuré en déduisait que l'atteinte à la santé était bien objectivée et que les conclusions de l'expert ne sauraient être retenues. HELSANA était dès lors tenue de verser des IJ pour un taux d'incapacité de travail de 50 % au-delà du 30 mars 2017; l'IPAI devait être fixée à 25 % conformément au rapport du Dr B_____ du 12 juin 2017; HELSANA devrait reprendre l'instruction médicale nécessaire s'agissant de la stabilisation de l'état de santé et octroyer à l'assuré, le cas échéant une rente d'invalidité fondée sur une incapacité de travail de 50 %. Le Dr F_____ critique par exemple les conclusions de l'expert (expertise complémentaire) en tant qu'il conclut qu'il n'existe plus de répercussion fonctionnelle, et « il (l'expert) [n'] explique absolument (pas) comment il arrive à cette conclusion, ..., surtout si l'on considère qu'il n'a vu le patient environ une heure avec un examen clinique que très court, qui n'aurait pas duré plus de cinq minutes selon le patient. Il (l'expert) indique dans le même paragraphe qu'il n'y a pas de diminution objectivable de la trophicité du quadriceps G, alors qu'il n'a fait qu'une seule mesure avec un mètre, ce qui est très imprécis. L'examen le plus fiable qui est utilisé pour les études scientifiques est une IRM des deux cuisses. En pratique, cela n'aurait que peu de sens, puisque même avec une trophicité satisfaisante, cela n'implique pas forcément une récupération fonctionnelle adéquate. Une mesure plus objective serait par exemple un bilan isocinétique qui permette de chiffrer les forces angulaires des articulations » (rapport F_____ du 16 octobre 2017). Le bilan isocinétique et l'IRM des deux cuisses ont été effectués par la suite, sur prescription du Dr K_____. Ce dernier ne fait, lui aussi, que répercuter les plaintes subjectives du patient : il indique avoir vu le patient pour la première fois le 24 janvier 2018, et deux fois par la suite. Le patient l'avait consulté pour les suites de l'accident de juillet 2016, et ayant eu comme conséquence une rupture «

A/3520/2018 - 34/39 - complète » du rectus femoris du quadriceps gauche (à noter que les autres documents médicaux du dossier ainsi que le recours lui-même, ne font état que d'une

rupture de deux tiers du muscle concerné, et non pas complète). Le Dr K_____ indique : « depuis lors, il (le patient) décrit une gêne fonctionnelle importante de ce membre inférieur gauche, avec une douleur permanente et un manque de force récurrent ». Il indique avoir fait réaliser un bilan pour réactualiser le dossier. Il avait fait pratiquer une IRM de cette cuisse en date du 1er février 2018 qui avait retrouvé la lésion quadricipitale gauche, avec rupture complète du droit antérieur, et décrit une « importante atrophie musculaire et persistance d'un hypersignal ». La lecture du rapport d'imagerie lui-même (Dresse J_____) est quelque peu différente dans son interprétation : il n'est question que d'atrophie musculaire (le qualificatif d'important n'y figure pas), et quant à l'hypersignal, il est précisé : « persistance d'un discret hypersignal » (c'est le soussigné qui souligne). Ce rapport précise encore : « par rapport au comparatif du 23.12.2016, on note une régression de l'hypersignal, ainsi qu'une atrophie musculaire ». Quant au bilan musculaire isocinétique, le Dr K_____ indique que celui-ci confirme une différence en termes de force, puissance et travail musculaire de l'ordre d'à peu près 50 % en défaveur de la jambe gauche. L'expert s'est prononcé (courrier du 27 mars 2018) sur les différents rapports médicaux produits dans le cadre de cette contestation : il remarque, par rapport à l'IRM des deux cuisses, et plus particulièrement pour la gauche, qu'on retrouve l'atrophie musculaire du droit antérieur, mais les trois autres tendons du quadriceps sont bien développés; selon lui le radiologue décrit une infiltration des espaces intermusculaires des ischiojambiers, ce qui ne lui semble personnellement pas évident. En revanche, ce qui apparaît de façon très significative est le fait que la masse musculaire globale des deux cuisses est à peine diminuée à gauche par rapport à la droite en raison de l'atrophie d'un des quatre muscles du quadriceps gauche. On peut donc comprendre que le patient ait pu reprendre ses activités sportives. S'agissant de l'examen isocinétique, il indique qu'il contient des incohérences avec notamment des diminutions de la mesure des fonctions musculaires à la face antérieure de la cuisse gauche (côté de la lésion) et de la face postérieure (côté non lésé). Selon lui, la valeur probante de cet examen est hautement douteuse. Quant à la demande IPAI de 25 %, et la rente d'invalidité de 50 %, il les qualifie de grotesques. De son côté, le Dr D_____, médecin conseil de l'intimée, relève que le courrier du conseil du recourant du 18 avril 2018 n'apporte aucun argument nouveau par rapport à l'expertise du Dr G_____ et à son complément du 27 mars 2018 où l'expert mentionne la différence de diamètre minimale entre la masse musculaire des deux cuisses. Il a, en substance, confirmé l'avis de l'expert et sa détermination au sujet des points contestés de son expertise et ses remarques au sujet des documents médicaux produits par l'assuré à l'appui de ses contestations.

A/3520/2018 - 35/39 - Dans une note complémentaire à la demande de la juriste en charge du dossier dans le cadre du recours, le Dr D_____ a encore pris position au sujet de l'argumentation du recourant et des pièces médicales nouvellement produites, et ainsi sur les éléments suivants : en réponse à la question de savoir si, comme le soutient le Dr F_____ (rapport du 21 septembre 2018), les chutes répétitives sont en rapport avec l'accident du 1er juillet 2016, soit avec la faiblesse musculaire de la jambe gauche, en se référant aux résultats du bilan isocinétique, le médecin-conseil observe que son confrère ne retient comme argument probant qu'une faiblesse du MIG objectivée par un bilan isocinétique. Ce genre de bilan est une simple constatation, à un temps donné, de l'effort que peut ou veut fournir le patient. Son objectivité dépend beaucoup de la volonté du patient à fournir le maximum de puissance lors du test. En revanche, le Dr F_____ ne parle pas du canal lombaire étroit, ni du fait que le neurologue n'a pas objectivé d'atteinte, à l'EMG. Il n'explique pas non plus la différence inexistante de diamètre des deux cuisses, ceci étant un

argument objectif probant qui confirme une utilisation symétrique des deux membres inférieurs. Les observations du recourant – qui remarque que le Dr G_____ (rapport du 12 septembre 2017) a exclu le lien de causalité au motif que l'état actuel n'était plus en relation avec les accidents, mais avec les comorbidités notamment le canal lombaire étroit; or, celui-ci peut être asymptomatique (recours page 6 et 7) - ont été soumises au médecin-conseil : le Dr D_____ indique que ceci n'est pas faux, vu l'absence d'atteinte objectivée à l'EMG; mais il observe que cette pathologie est intermittente, au début, et surtout se manifeste lors des mouvements, de sorte que rien n'exclut ce diagnostic. À la question de savoir si l'on peut reprocher à l'expert de ne pas avoir procédé à des investigations complémentaires afin d'exclure tout lien de causalité entre l'état de la jambe gauche et l'accident du 16 mai 2017, le médecin-conseil répond par la négative, car le statut symétrique au niveau des MI et le neurologue excluent une atteinte nerveuse majeure. Le Dr D_____ remarquait que de plus, il y avait déjà eu de nombreuses investigations radiologiques. Quant au grief consistant à reprocher à l'expert de ne pas avoir procédé lui-même à un examen isocinétique ou de ne pas en avoir ordonné un nouveau, le médecin-conseil rappelle que cet examen dépend beaucoup d'un facteur subjectif : la volonté du patient de faire le maximum d'efforts. Dans ce cadre, il n'était pas probant, car en cas d'appréhension d'une douleur, on ne fera pas le maximum. La mesure du diamètre des cuisses était un élément beaucoup plus objectif. Si l'on n'appuie pas sur une jambe, on a rapidement une atrophie. Le médecin-conseil a rappelé, contrairement à ce que soutient le recourant, qu'il n'y a aucune contradiction entre le rapport initial de l'expert et son complément : en effet, il ne faut pas confondre une lésion traumatique qui ne peut pas se cicatriser complètement et la fonction qui en découle. Dans sa première expertise, le Dr G_____ reconnaissait qu'une des quatre parties des muscles quadriceps avait été lésée et ne récupérerait pas complètement. En ce sens, il y aurait une perte fonctionnelle définitive. Cependant, il ne l'évaluait pas complètement puisqu'il estimait que le cas n'était pas stabilisé et qu'avec la

A/3520/2018 - 36/39 - physiothérapie on pouvait encore améliorer ce muscle qui avait été trop longtemps protégé. Dans son second rapport, l'expert notait qu'il n'y avait pas d'atrophie significative, et en conséquence que les séquelles étaient minimales; le lâchage n'était pas un critère objectif ni n'avait été démontré comme étant en relation avec la déchirure musculaire résiduelle du droit antérieur. Enfin, le recourant affirmant (recours page 9) que la faiblesse persistante de la jambe gauche avait été établie, le médecin-conseil a répondu : « probablement oui, mais ceci est une notion subjective. Elle n'a pas été corrélée de manière probante avec les séquelles d'une déchirure très partielle du quadriceps ». f. S'agissant du refus de l'intimée de poursuivre le versement des indemnités journalières à 50 % au-delà du 30 mars 2017, le recourant reprend ses critiques précédentes : il conteste la valeur probante des rapports d'expertise des 22 mars et 12 septembre 2017, en faisant grief à l'expert d'avoir déclaré qu'il était capable de travailler à 75 % dès le 1er avril 2017, et à 100 % dès le 1er juillet 2017, tout en préconisant un nouveau traitement qui n'avait pas encore débuté lorsqu'il a établi son rapport d'expertise, ce qui excluait toute constatation de son efficacité; il fait encore valoir que l'expert se trompait s'agissant de l'état de la jambe gauche, dans la mesure où un bilan isocinétique démontrait une perte de force de 50 %; enfin l'expert n'avait pas tenu compte du fait que le recourant avait fait trois chutes depuis l'accident du 1er juillet 2016, ce qui rendait hautement vraisemblable la faiblesse de sa jambe gauche et ainsi son impossibilité à travailler à plus de 50 %. Les remarques précédentes ont déjà répondu à cette objection. g. S'agissant de la question de l'IPAI, les

critiques du recourant ne sont pas susceptibles de remettre en cause les conclusions de l'expert. Comme il le relève lui-même, le Dr G_____ a certes relevé dans son rapport d'expertise du 22 mars 2017 que la rupture isolée du droit antérieur, subtotal, était une aggravation déterminante de l'état normal avec perte fonctionnelle définitive - mais isolée - de ce muscle, précisant que le statut quo ante et sine ne serait jamais plus atteint, mais l'expert a en outre précisé dans ce même rapport que le cas n'était pas encore stabilisé (réponse question 8 p. 13 de ce rapport), respectivement « pas encore complètement stabilisé » (réponse question 7 p. 13 de ce rapport). Il avait relevé qu'au-delà de six mois depuis la date de l'accident, on aurait pu s'attendre à une reprise du travail à temps complet, mais malheureusement son traitement était principalement axé sur du ménagement et du massage, ce qui avait entraîné un déconditionnement et entretenu un sentiment d'insécurité qui devrait normalement être aujourd'hui surmonté. L'expert avait indiqué que si l'on encourageait le patient à reprendre confiance en lui et à entreprendre de véritables exercices personnels de reconditionnement, l'évolution devait être favorable; il considérait néanmoins qu'une reprise de travail à 75 % devait (d'ores et déjà) être exigible à partir du 1er avril 2017, puis à 100 % à partir du 1er juillet 2017, à une année du traumatisme, relevant qu'il en soit qu'un travail en position principalement assise serait exigible à 100 % dès la date de son rapport. Il indiquait d'ores et déjà que les

A/3520/2018 - 37/39 - séquelles « définitives » de ce type de lésion étaient généralement très modestes, correspondant à un taux d'IPAI situé entre 0 % et 5 % au maximum. Dans son rapport d'expertise complémentaire du 12 septembre 2017, et surtout après l'examen du patient du 24 août 2017, et après avoir examiné les rapports médicaux postérieurs à son premier rapport d'expertise, le Dr G_____ est arrivé au constat que la déchirure musculaire du 1er juillet 2016 avait évolué en « bonne guérison » - à quoi il opposait en revanche la « guérison sans séquelles objectivables de la contusion du 16 mai 2017 ». N'en déplaise au recourant, qui persiste à voir des contradictions ou, selon certains de ses médecins, un défaut de motivation de la part de l'expert par rapport au taux inférieur à 5 %, la notion de « bonne guérison », respectivement de « bonne récupération anatomique et fonctionnelle du quadriceps gauche depuis l'expertise [recte : l'examen] du 9 mars 2017], correspond à celle de « séquelles minimales », par rapport à une lésion certes définitive, mais limitée à un seul des quatre muscles composant le quadriceps; d'où la conclusion - que l'on entrevoyait déjà à fin mars 2017 (premier rapport d'expertise) d'une IPAI inférieure à 5 %. On ne saurait suivre le recourant qui conteste l'évaluation de l'expert sur ce point, en lui opposant celle du Dr B_____ (25 %), et celle du Dr F_____ (20 %), lesquelles ne sont nullement motivées, et surtout basées sur les seules plaintes subjectives de leur patient. h. S'agissant enfin du refus de toute rente d'invalidité selon la LAA, l'expert avait d'ores et déjà conclu dans son premier rapport qu'une CT entière était exigible dans son activité habituelle dès le 1er juillet 2017; et dans son rapport complémentaire, après avoir constaté qu'entre-temps les examens subis par le recourant avaient abouti à l'existence d'un canal étroit, de nature, selon l'expert et le Dr H_____, à expliquer la totalité des troubles fonctionnels de ses membres inférieurs, et à l'examen clinique que l'évolution aboutissait à une bonne guérison, le Dr G_____ arrivait ainsi à la conclusion que l'état actuel n'était plus en relation avec les accidents, mais avec les comorbidités notamment le canal lombaire étroit; ce qui exclut naturellement d'envisager l'octroi d'une rente d'invalidité selon la LAA. On ne saurait suivre le recourant lorsqu'il soutient que l'expert ne pouvait pas à la fois admettre que l'incapacité de travail persistait à six mois de l'accident, préconisant en conséquence un autre traitement et admettre (d'avance) la reprise d'une activité à 100 % dès le 1er juillet 2017, faute d'avoir

revu le patient et constater les effets du traitement préconisé sur la CT avant que le recourant n'ait été en mesure de mettre en œuvre le nouveau traitement ainsi conseillé. La chambre de céans observe tout d'abord que l'expert ne préconisait pas en tant que tel un « nouveau » traitement, mais au contraire la poursuite de la physiothérapie, en mettant l'accent sur la tonification et la proprioception assortie d'un programme d'exercices à domicile (vélo d'appartement, etc.) et de stretching des ischiojambiers. L'expert insiste du reste sur la nécessité d'encourager le patient à reprendre confiance en lui (plutôt que d'entretenir chez lui l'idée qu'il avait subi une atteinte à vie, ce qui devait – selon le Dr B _____ - nécessairement entraîner l'octroi d'une rente d'invalidité à vie).

A/3520/2018 - 38/39 - On notera encore que par son comportement, notamment à l'égard de son précédent avocat, le recourant laisse planer un sérieux doute sur l'intensité de ses plaintes : il donne en effet l'impression de rechercher à tout prix l'octroi de prestations de la part de l'assurance-accidents, quelle qu'en soit l'origine; il est en effet apparu lors de son audition par la chambre de céans l'existence d'un autre sinistre en cours, celui-ci relatif à une éventuelle maladie professionnelle, sans relation avec l'accident du 1er juillet 2016. Sur question de l'intimée qui lui demandait, par rapport au 50 % d'incapacité de travail qu'il annonçait, si cette capacité restreinte incluait également la problématique d'un autre sinistre annoncé et en cours, par rapport à une maladie professionnelle, il a confirmé qu'effectivement un cas de maladie professionnelle était en cours auprès de HELSANA accidents. Son conseil, visiblement surpris, avait spontanément déclaré n'être pas au courant de cette procédure. Et le recourant de poursuivre : « En effet, j'avais à l'époque été incité par un médecin que j'avais consulté par rapport à une allergie que je rencontre, dans les mains, lorsque je suis en contact avec des métaux. D'ailleurs, il y a environ trois semaines, le gestionnaire de ce dossier m'a appelé pour me demander ma comptabilité en relation avec cette affaire de maladie professionnelle, pour laquelle aucune décision n'a jamais été rendue (à) ce jour à ma connaissance. ..., il est exact qu'en relation avec cette affaire, il fut un temps où je touchais des prestations de l'assurance-invalidité, mais je ne les touche plus car j'ai atteint entre temps l'âge AVS. En définitive, pour répondre à la question de l'intimée, les incidences de la maladie professionnelle sur ma capacité de travail concernaient une période antérieure à 2016, en ce sens qu'à l'époque, j'avais des revenus beaucoup plus importants que maintenant, qui avaient déjà diminué avant 2016 en raison de ma maladie professionnelle, dont les conséquences se poursuivent naturellement depuis mon accident du 1er juillet 2016, avec en plus depuis cette date, les conséquences de cet accident sur mon incapacité de travail ». Force est de constater que sur recours, l'assuré n'apporte pas d'éléments nouveaux convaincants susceptibles de remettre en cause la pleine valeur probante des rapports d'expertise du Dr G _____, par la démonstration de l'existence d'éléments objectifs que ce dernier aurait ignorés, et suscitant un doute quant à la fiabilité de ses conclusions. 25. Au vu de ce qui précède, la décision entreprise n'est pas critiquable, de sorte que le recours sera rejeté, des mesures d'instruction complémentaires telles que l'audition du Dr B _____ ou la mise en œuvre d'une expertise judiciaire s'avérant inutiles (appréciation anticipée des preuves). 26. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

A/3520/2018 - 39/39 - Statuant À la forme :

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