

# **GE\_GERICHTE ATAS/480/2022 vom 27. Mai 2022**

GE Cour de justice, 2022-05-27, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_480\\_2022](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_480_2022)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/480/2022 du 27 mai 2022

IT: GE\_GERICHTE ATAS/480/2022 del 27 maggio 2022

## **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) en vigueur dès le 1er janvier 2011, 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 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le recours était, au 1er janvier 2021, pendant devant la chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 82a LPGA ; RO 2020 5137 ; FF 2018 1597 ; erratum de la CdR de l'Ass. féd. du 19 mai 2021, publié le 18 juin 2021 in RO 2021 358).

### **E. 4**

Interjeté dans le délai 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]), le recours est recevable.

### **E. 5**

Le litige porte sur le bien-fondé de la décision sur opposition rendue par la SUVA en date du 7 mai 2019 et mettant fin aux prestations versées par cette dernière au recourant, avec effet au 20 janvier 2019.

### **E. 6.1**

Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées 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 ; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références). La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle

A/2180/2019 - 8/16 - (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).

### **E. 6.2**

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement 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 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).

### **E. 6.3**

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 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références).

### **E. 6.4**

Le 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 (raisonnement « post hoc, ergo propter hoc » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). 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.

### **E. 7**

Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prester de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (statu quo ante ou statu quo sine) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b ; ATF 125 V 195 consid. 2 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).

A/2180/2019 - 9/16 -

### **E. 8**

Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. 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 129 V 177 consid. 3.2 et 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 toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

### **E. 9.1**

La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1).

### **E. 9.2**

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. À 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). 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).

A/2180/2019 - 10/16 -

### **E. 9.3**

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).

#### **E. 9.4**

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, 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 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 139 V 225 consid. 5.2. et les références ; ATF 135 V 465 consid. 4).

#### **E. 9.5**

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).

#### **E. 9.6**

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. 3b/cc). S'il est 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

A/2180/2019 - 11/16 - violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

#### **E. 9.7**

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 8C\_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références).

#### **E. 10**

Le juge des assurances sociales fonde sa 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, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il 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).

#### **E. 11.1**

La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGA) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGA). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières 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, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2 ; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre

A/2180/2019 - 12/16 - appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références).

#### **E. 11.2**

Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46) entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_441/2017 du 6

juin 2018 consid. 3.3).

### **E. 11.3**

Il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'accident (REAS 2002 p. 307). En l'absence de preuve, la décision sera défavorable à l'assuré (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références ; RAMA 1994 n° U 206 p. 327 consid. 1 et les références). Plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (SVR 2016 n° UV p. 55 consid. 2.2.2 ; cf. également arrêt du Tribunal fédéral 17 du 3 mai 2018 consid. 4.2).

### **E. 12.1**

En l'espèce, le recourant considère que sa santé n'est pas encore totalement rétablie suite à l'accident du 10 avril 2018, et que les lésions encore présentes sont très clairement en lien de causalité avec ce dernier.

### **E. 12.2**

L'intimée de son côté a mis un terme à ses prestations au 20 janvier 2019 au motif qu'en l'absence d'anomalie clinique objective, que ce soit niveau de la cheville droite, de l'épaule gauche ou de la hanche gauche, il y a lieu de suivre les conclusions du Dr F\_\_\_\_\_ selon lesquelles l'accident a largement cessé de déployer ses effets délétères à la date du rapport d'examen soit le 10 décembre 2018. Lors de leur audition, les Drs F\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_ sont tombés d'accord sur un certain nombre de points. Le seul sujet sur lequel leurs avis divergeaient était celui de la hanche gauche. Selon le Dr F\_\_\_\_\_, médecin-conseil de l'intimée, si le problème de hanche avait véritablement été identifié dès le départ, cela aurait été mentionné lors de l'examen au centre d'urgence de D\_\_\_\_\_ ; en se fondant sur son expérience, il considérait

A/2180/2019 - 13/16 - que les douleurs consécutives à l'accident devaient cesser après un délai de six mois. Le Dr E\_\_\_\_\_, médecin traitant du recourant, a quant à lui confirmé que le recourant s'était plaint de douleurs à la hanche, environ deux à trois semaines après l'accident, et a ajouté que même en l'absence de lésion osseuse, les douleurs pouvaient persister jusqu'à trois ans après un accident. La chambre de céans constate qu'à dire d'expert et à la lecture des radiographies et des IRM, aucun élément objectif ne permet, d'une part, de rendre plausible un trouble de la santé, au niveau de la hanche gauche susceptible d'expliquer les douleurs dont se plaint le recourant et d'autre part, de rendre plausible un lien de causalité entre les troubles dont se plaint le recourant au niveau de sa hanche gauche et l'accident du 10 avril 2018. Un certain nombre d'éléments objectifs viennent appuyer cette constatation ; tout d'abord, le fait que le recourant ne se soit pas plaint de douleurs, à la hanche gauche, juste après l'accident alors qu'il était soigné au service d'urgence de D\_\_\_\_\_, qu'aucune radiographie n'ait été effectuée pour investiguer un tel trouble et que le recourant, dans ses premières déclarations à l'assurance, n'ait pas fait mention de troubles à la hanche gauche, étant rappelé qu'il a déclaré (sic) « j'étais en train de descendre de la machine et j'ai glissé sur la deuxième marche et je suis tombé avec le pied droit et [je] l'ai tordu et suis tombé en arrière et me suis fait mal au bras gauche » (déclaration de sinistre du 11 avril 2018). Il n'est fait mention, ni d'une chute avec réception sur la fesse gauche, ni d'un étai métallique, ni d'une douleur à la hanche gauche. Dans le rapport médical initial LAA complété par le centre d'urgence de D\_\_\_\_\_, en date du 8

mai 2018, suite à l'intervention du 10 avril 2018, il est mentionné une « entorse cheville droite et une contusion épaule gauche ». Sous la rubrique « constatations objectives », aucune tuméfaction, contusion ou inflammation n'est mentionnée concernant la hanche gauche. Ce n'est que dans le rapport du Dr E\_\_\_\_\_, daté du 26 avril 2018, que l'on voit, pour la première fois, la mention d'une contusion à la hanche gauche. Dans le formulaire de traitement proposé par le médecin traitant E\_\_\_\_\_, en date du 26 juin 2018, il est mentionné sous la rubrique « mesures physio thérapeutiques » « Suite (illisible) épaule-cheville droite », la hanche gauche n'est pas mentionnée. Le même médecin, dans son rapport médical intermédiaire du 25 octobre 2018, explique sous la rubrique « évolution subjective ou objective » : « Très lente, sans véritable amélioration subjective des douleurs et du handicap ressenti, excepté pour l'épaule qui va mieux ». Dans son courrier du 5 mars 2019, à la demande du mandataire du recourant, le Dr E\_\_\_\_\_ explique les raisons pour lesquelles, à son sens, il existe un lien de causalité entre l'atteinte de la hanche gauche et l'accident du 10 avril 2018 au motif que la hanche gauche n'a jamais fait l'objet auparavant d'un quelconque autre

A/2180/2019 - 14/16 - traumatisme et que le recourant n'a jamais souffert de cette articulation ou de cette région anatomique. Or, cette appréciation est intégralement fondée sur les souffrances décrites par le recourant, notamment une « douleur tendineuse fessière gauche », aucun traumatisme ne pouvant être objectivé par le Dr E\_\_\_\_\_. Ces éléments, extraits des rapports médicaux du médecin traitant, viennent renforcer la nature subjective des douleurs alléguées par le recourant, sans qu'aucun élément objectif ne puisse venir supporter ces dernières. S'agissant du Dr F\_\_\_\_\_, son rapport d'examen du 10 décembre 2018 énumère les pièces sur lesquelles il s'est fondé pour donner son appréciation, ce qui permet de constater qu'il était en possession de tous les documents topiques lui permettant de se faire une opinion médicale, même en l'absence du recourant, qui ne s'est pas présenté à l'examen, en dépit de la lettre de convocation du 5 décembre 2018, qu'il a dit avoir reçue après la date fixée pour l'examen. C'est le lieu de rappeler que l'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert est reléguée au second plan 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). Cela est d'autant plus pertinent dans le cas d'espèce, dès lors qu'aucun élément objectif ne permet de supporter les troubles de la santé de la hanche gauche et qu'il est vraisemblable que même si l'assuré s'était présenté à l'examen, il n'aurait pu faire état que de ses douleurs ce qui, comme nous l'avons vu supra, est un élément subjectif.

L'appréciation faite dans son rapport, par le Dr F\_\_\_\_\_, bien que courte (une page) n'en est pas moins complète, le médecin-conseil constatant que les évaluations cliniques effectuées aussi bien par le médecin traitant que par les médecins de D\_\_\_\_\_ n'ont pas mis en évidence d'anomalie clinique objective, ajoutant que le bilan radiologique du 10 avril 2018 ne montre aucune anomalie traumatique susceptible d'être responsable d'une incapacité de travail de longue durée. Le médecin conclut qu'à la date de son rapport, soit le 10 décembre 2018, le traumatisme consécutif à l'accident du 10 avril 2018 a cessé largement de déployer ses effets délétères. La chambre de céans constate qu'aucun élément objectif proposé par le médecin traitant ne vient contredire le rapport effectué par le médecin-conseil de l'intimée. À cela s'ajoute que 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.

A/2180/2019 - 15/16 -

### **E. 12.3**

À l'aune de ce qui précède, les conclusions du Dr F\_\_\_\_\_ sont partagées par la chambre de céans, qui considère que son rapport d'examen présente une valeur probante.

### **E. 12.4**

Dans sa conclusion subsidiaire, le mandataire du recourant demande qu'une expertise judiciaire soit ordonnée. 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 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 145 I 167 consid. 4.1 et les références ; ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 et les références). 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 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d). En l'occurrence, lors de leur audition en date du 2 décembre 2021, les Drs F\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_ ont tous deux considéré qu'il était peu probable qu'une expertise puisse apporter des informations exploitables. La chambre de céans fait sienne les appréciations des médecins et considère qu'une expertise judiciaire est inutile.

### **E. 12.5**

Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté.

### **E. 13**

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

\* \* \* \* \*

A/2180/2019 - 16/16 - 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.