

GE_GERICHTE ATAS/761/2016 vom 27. September 2016

GE Cour de justice, 2016-09-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_761_2016

FR: GE_GERICHTE ATAS/761/2016 du 27 septembre 2016

IT: GE_GERICHTE ATAS/761/2016 del 27 settembre 2016

Erwägungen

E. 1

a. 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, la décision attaquée étant une décision sur opposition mettant un terme à des prestations prévues par la LAA. b. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celles du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10), complétées par les autres dispositions de la LPA en tant que ses articles précités n'y dérogent pas (art. 89A LPA), les dispositions spécifiques que la LAA contient sur la procédure restant réservées (art. 1 al. 1 LAA). Le présent recours a été déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA). Il satisfait aux exigences de forme et de contenu prescrites par l'art. 61 let. b LPGA (cf. aussi art. 89B LPA). Touché par la décision attaquée et ayant un intérêt digne de protection à l'annulation ou la modification de cette dernière, l'assuré a qualité pour recourir (art. 59 LPGA). c. Il sied de préciser que l'objet du présent recours ne saurait déborder du cadre délimité par la décision attaquée, qui a été rendue en application de la LAA et ne porte que sur des prestations, en particulier des indemnités journalières, prévues par cette loi. La chambre de céans n'a pas à aborder la question de savoir si le recourant aurait droit, pour la période considérée, à des indemnités de perte de gain maladie de l'assureur-maladie de son employeur, et ce que ledit assureur-maladie – abstraction faite du point de savoir si le recourant s'est trouvé en incapacité de travail durant ladite période – soit tenu le cas échéant en vertu d'une assurance d'indemnités journalières en cas de maladie, individuelle ou collective (la dernière hypothèse apparaissant ici plus probable au vu de la prise de position de SWICA Assurance-maladie SA du 29 juin 2015), souscrite dans le cadre de l'assurance-maladie sociale, régie par la LAMal et la LPGA, ou qu'il le soit en vertu d'un contrat d'assurance privée, soumis à la loi fédérale sur le contrat d'assurance du

E. 2

Le litige porte sur le droit du recourant, au regard de la LAA, à des prestations, en particulier des indemnités journalières de la part de l'intimée du 23 mars au 1er mai 2015 pour les accidents qu'il a subis les 24 août 2012 et 17 juillet 2014. Il doit être tranché au regard de la LAA et, dans la mesure de son applicabilité (art. 1 al. 1 LAA), de la LPGA. Comme pour les questions de procédure, les dispositions matérielles de la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA ; il n'en découle aucune

modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

E. 3

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 régit la procédure (non contentieuse et contentieuse) en matière d'assurances sociales. L'assureur social (ou, en cas de litige, le juge) établit d'office les faits déterminants, sans préjudice de la collaboration des parties (art. 43 et 61 let. c LPGA ; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, Procédure et contentieux, in Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Bettina KAHIL-WOLFF / Stéphanie PERRENOUD, op. cit., n. 27 ss). 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 des assurances sociales apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles (art. 61 let. c in fine LPGA ; cf. aussi consid. 5). Il doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve,

A/3809/2015 - 11/18 - quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, op. cit., n. 78). d. Quant au degré de preuve requis, 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 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, op. cit., n. 81 ss).

E. 4

a. 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 ; 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 (ATF 119 V 335 consid. 1 ; 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). b. 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 exigence est remplie 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, en

revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 129 V 402 consid. 4.3.1 ; 119 V 335 consid. 1 ; 118 V 286 consid. 1b et les références). 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

A/3809/2015 - 12/18 - 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 ; 119 V 335 consid. 1 et 118 V 286 consid. 1b et les références). 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_347/2013 du 18 février 2014 consid. 2.2).

c. 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 ; 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 ; 117 V 359 consid. 5d/bb ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

d. Lorsqu'il y a un lien de causalité naturelle et adéquate, l'obligation de prêter de l'assureur est établie. Elle cesse cependant lorsque l'accident ne constitue plus la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsqu'il 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. La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit pas (ATF 126 V 360 consid. 5b ; 125 V 195 consid. 2 ; RAMA 2000 n. U 363 p. 46).

e. Lorsqu'un état maladif préexistant (fût-il dégénératif de précédents accidents non couverts par l'assureur-accidents) est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas ou 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

A/3809/2015 - 13/18 - (statu quo sine) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). 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 ; 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2).

E. 5

a. La plupart des éventualités assurées (notamment 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 (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). b. Sans remettre en cause la liberté d'appréciation revenant à l'administration et, sur recours, au juge (art. 61 let. c in fine LPGA ; art. 20 al. 1 phr. 2 LPA), le Tribunal fédéral a établi des règles sur la portée probatoire des divers types de rapports médicaux. b/aa. 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 du médecin soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). b/bb. 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 permette 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). 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). b/cc. En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est, de manière générale, pas 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 ; arrêt du Tribunal A/3809/2015 - 14/18 - fédéral 9C_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in 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_369/2008 du 5 mars 2009 consid.

2.2). De même, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

E. 6

a. En l'espèce, le recourant ne conteste pas qu'il a recouvré une pleine capacité de travail dès le (samedi) 2 mai 2015. Se fondant sur l'arrêt de travail que l'orthopédiste l'ayant suivi avait prolongé jusqu'au 1er mai 2015 en date du 19 mars 2015, il estime que l'intimée n'était pas en droit de cesser le versement de ses prestations, en particulier des indemnités journalières, le 23 mars 2015, mais devaient les lui verser jusqu'au 1er mai 2015. Plusieurs considérations s'opposent à ce que ledit certificat médical d'arrêt de travail puisse se voir reconnaître valeur probante. En effet, il n'est nullement motivé ; il a été établi alors que l'expertise médicale avait certes déjà été faite mais que ses conclusions et les motifs retenus par l'expert n'avaient pas encore été communiqués audit médecin (ni au recourant) ; il n'a pas été contesté par ledit médecin, a fortiori de façon motivée, alors que l'intimée avait indiqué au recourant, par téléphone du 24 mars 2015, que son médecin recevait ce rapport d'expertise et qu'il lui était loisible (à lui-même ou à l'évidence audit médecin) de lui adresser un rapport détaillé s'il avait des éléments nouveaux à lui soumettre ; après avoir pris connaissance du rapport d'expertise, le médecin considéré a établi, le 1er mai 2015, un certificat de pleine capacité de travail dès le 4 mai 2015 (alors que, selon ce que le recourant a dit à l'intimée lors dudit téléphone du 24 mars 2015, il envisageait alors une reprise d'activité à 50 % seulement depuis mai 2015). De surcroît, si le recourant lui avait été adressé initialement par son médecin traitant, ledit médecin l'avait suivi depuis lors et en était devenu de la sorte aussi un médecin traitant, dont l'avis, surtout dans les conditions susrappelées, doit être pris avec la réserve liée à

A/3809/2015 - 15/18 - cette qualité de mandataire (ATF 125 V 353 consid. 3a/cc ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 419/03 du 22 octobre 2003 consid. 4 in fine). b. L'expertise du Dr H_____, qui est un médecin indépendant de l'intimée et a agi au bénéfice d'un mandat d'expertise et non d'un mandat thérapeutique, répond aux exigences jurisprudentielles devant conduire à lui reconnaître valeur probante. Non seulement elle émane d'un spécialiste de la discipline médicale pertinente (à savoir l'orthopédie), mais aussi elle est substantielle, se base sur une étude fouillée du cas, prend en compte et analyse les faits pertinents du dossier et les différents pièces médicales figurant au dossier, et comporte des conclusions dûment motivées. De plus, ledit expert ne s'est pas prononcé que sur pièces ; il a lui-même ausculté le recourant. Ainsi, dans son expertise analytique par diagnostic, ledit expert a retenu, s'agissant de l'accident du 17 juillet 2014, que ce dernier avait provoqué une minime fissure de la métaphyse distale de la fibula droite, ainsi qu'une élongation du ligament collatéral latéral au niveau du faisceau talo-fibulaire antérieur, du faisceau calcanéo-fibulaire et du faisceau talo-fibulaire postérieur. Au jour de l'expertise (le

2 février 2015), l'examen clinique ne montrait plus aucun signe avec la fissure métaphysaire de la fibula. Concernant les lésions ligamentaires, les articulations de la cheville et du pied avaient récupéré une mobilité normale et étaient indolores, et il n'y avait pas de laxité objectivable, ni de tiroir antérieur à l'examen clinique. La force des muscles moteurs du pied était conservée. Les trois faisceaux du ligament collatéral latéral étaient cicatrisés sur l'IRM de la cheville droite du 5 septembre 2014. Il n'y avait plus non plus de signe clinique en rapport avec le diagnostic d'algodystrophie de la cheville et du pied droits. L'examen ne montrait plus d'augmentation de la chaleur locale, ni d'œdème local, ni de rougeur de la jambe, de la cheville et du pied, ni de tuméfaction. Les mobilités de l'articulation tibio-tarsienne et des articulations du pied étaient dans les normes et indolores. Quant à l'accident du 24 août 2012, il avait provoqué une contusion du compartiment externe du genou gauche, dont il n'y avait cependant plus de signe clinique au jour de l'expertise. L'IRM du genou gauche qui avait été réalisée le 6 novembre 2012 n'avait déjà montré aucune lésion post-traumatique au niveau de ce genou. Il n'y avait plus de séquelle objectivable tant de l'accident du 24 août 2012 que de celui du 17 juillet 2014, qui n'avaient plus engendré d'incapacité de travail depuis respectivement le 6 novembre 2012 et le 2 février 2015. c. Avant que la décision attaquée ne soit rendue, l'expert s'est prononcé sur les deux rapports radiologiques produits par le recourant (alors opposant), à savoir celui du 4 mars 2015 des Drs J_____ et K_____ sur l'IRM de la cheville droite réalisée le 4 mars 2015 et celui du 19 juin 2015 du Dr J_____ sur l'arthroscanner de la même cheville du 16 juin 2015. Ces deux rapports radiologiques sont purement descriptifs ; ils ne comportent pas d'appréciation sur la capacité de travail du recourant. L'expert a expliqué de façon convaincante que les constats qui y figurent ne contredisent ni les siens (mais ne

A/3809/2015 - 16/18 - font que de témoigner de l'accident considéré, propre à laisser durablement de telles traces), ni, surtout, ses conclusions. Dans la mesure où, s'agissant du rapport du 4 mars 2015, il y aurait une divergence, à propos de l'épaississement du ligament talo-fibulaire postérieur, quant au point de savoir s'il tenait à un conflit au niveau de la face postérieure du talus, la chambre de céans estime devoir ajouter foi à la déclaration de l'expert que l'examen clinique n'était pas un tel conflit, comme d'ailleurs à celle que de possibles petites lésions cartilagineuses ne justifiaient en tout état pas d'incapacité de travail. Il n'y a pas non plus d'élément devant conduire à ne pas retenir, ainsi que l'expert l'a déclaré, que l'arthroscopie effectuée le 16 juin 2015 ne représentait pas un examen de référence pour investiguer une algodystrophie et, surtout, que celle qu'avait eue le recourant n'était plus active, quand bien même des signes, visibles à l'imagerie, subsistaient, de tels signes ne s'estompant qu'à long terme, mais n'étaient aucunement une incapacité de travail. d. Quant à lui, le Dr I_____, s'il a certes rapporté les plaintes du recourant quant à des douleurs au niveau du genou gauche dans son courrier du 26 février 2015 (postérieur à l'expertise), il a précisé que ces douleurs étaient mieux circonscrites que deux ans plus tôt, et, surtout, il a précisé que l'examen du genou était dans l'ensemble dans les limites de la norme, et il a par ailleurs estimé que l'évolution de la cheville était favorable, même s'il relevait une perte de mobilité, sans noter – sied-il de relever – une quelconque incapacité de travail, de façon générale comme en lien avec les séquelles des deux accidents considérés. e. Certes le 14 octobre 2015, la Dresse L_____ a relaté des plaintes du recourant relatives à une persistance de douleurs irradiant dans le mollet droit, mais elle n'a pas relevé, à l'examen clinique, d'anomalie susceptibles de les expliquer, même si elle a constaté une flexion dorso-plantaire à 60 % à droite. Elle n'a préconisé aucun traitement ni intervention,

et a indiqué explicitement que la capacité de travail du recourant était entière. f. Enfin, ce ne sont pas les photos de ses chevilles que le recourant a produites le 12 février 2016 – selon lui trois du 3 février 2015 et une du 30 août 2014 – qui peuvent convaincre la chambre de céans de sa prétendue incapacité de travail du 23 mars au 1er mai 2015 (d’autant plus que si celle qui serait du 30 août 2014 illustre une atteinte à la cheville droite qu’on discerne à peine sur les trois autres). g. S’il est exact que par courrier du 3 mars 2015, le recourant avait, au demeurant sommairement et sans avancer d’argument pertinents, évoqué la nécessité à ses yeux d’une contre-expertise, force est de dire que le rapport d’expertise du Dr H_____ a été suffisamment complet et convainquant pour que l’intimée n’ait pas à donner suite à ce souhait voire cette requête du recourant. L’intimée a en revanche pris soin, à bon droit, de solliciter des prises de position dudit expert sur les deux rapports radiologiques précités.

A/3809/2015 - 17/18 - L’intimée n’a pas violé le droit d’être entendu du recourant avant de rendre respectivement sa décision du 23 mars 2015 et celle, sur opposition, du 30 septembre 2015 en n’ordonnant pas une contre-expertise. Il en va de même de la chambre de céans, qui estime pouvoir et devoir accorder une pleine force probante au rapport d’expertise du Dr H_____ et à ses prises de position sur les deux rapports radiologiques précités (cf. sur l’appréciation anticipée des preuves : ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d ; 122 II 464 consid. 4a ; 122 III 219 consid. 3c ; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b). Les conditions auxquelles une nouvelle expertise doit être ordonnée ne sont pas remplies.

E. 7

C’est à bon droit que l’intimée a mis fin aux prestations, en particulier aux indemnités journalières, au 23 mars 2015. Le recours sera rejeté.

E. 8

La procédure est gratuite, le recourant n’ayant pas agi de manière téméraire ou témoigné de légèreté (art. 60 let. b LPGA). Vu l’issue donnée au recours, il ne sera pas alloué d’indemnité de procédure au recourant (art. 60 let. g LPGA), ni à l’intimée. * * * * *

A/3809/2015 - 18/18 - 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.