

GE_GERICHTE A/4603/2018 vom 15. Juni 2020

GE Cour de justice, 2020-06-15, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4603_2018

FR: GE_GERICHTE A/4603/2018 du 15 juin 2020

IT: GE_GERICHTE A/4603/2018 del 15 giugno 2020

Erwägungen

E. 6

Cervico-dorso-lombalgies.

E. 7

Arthrite microcristalline (chondrocalcinose) au genou droit avec tendinite de la patte d'oie. Du point de vue asséculologique, le lien de causalité naturelle entre l'événement du 29 juin 2016 et les diagnostics ci-dessus était le suivant : Pour les diagnostics 4 et 5, le lien de causalité naturelle était certain. Pour les diagnostics 2 et 3, le lien de causalité naturelle n'était que possible. Pour les diagnostics 1, 6 et 7, le lien de causalité naturelle était exclu. En ce qui concernait la contusion dorsolombaire et la contusion du poignet gauche, on pouvait considérer que la situation médicale était guérie sans séquelle. Pour les diagnostics de contusion du poignet gauche et dorsolombaire, sans lésion osseuse traumatique, on pouvait considérer que trois à quatre mois après l'événement du 29 juin 2016, la guérison était complète et le « statu quo ante » retrouvé. La contusion dorsolombaire était sans lésion traumatique discale et le statu quo était retrouvé trois à quatre mois après l'accident. S'agissant du rachis cervical, il était vraisemblable qu'il y ait eu une aggravation passagère d'un état préexistant (arthrose cervicale débutante) avec en l'absence de lésion traumatique, un retour à cet état, trois à quatre mois après l'événement du 26 juin 2016. L'accident avait aggravé une pathologie préexistante de l'épaule droite mais le statu quo sine était atteint le 20 octobre 2017. La contusion du poignet gauche, la contusion dorsolombaire et l'entorse cervicale, secondaires à l'événement du 29 juin 2016, n'entraînaient pas d'incapacité de travail à partir du 16 octobre 2017. Plus d'un an après l'événement, ces lésions étaient guéries pour le poignet et le dos et le « statu quo ante » était retrouvé pour la colonne cervicale quatre mois après l'événement du 29 juin 2016. Les lésions de la coiffe des rotateurs ne lui paraissaient pas incompatibles avec l'activité de surveillante parascolaire de l'assurée et par conséquent n'entraînaient pas d'incapacité de travail à partir du 16 octobre 2017. Toutefois, dans le cadre de cette activité, l'assurée ne pouvait pas porter d'enfants, ni intervenir en urgence pour une quelconque raison. Le Dr U_____ avait adressé l'assurée au Dr Z_____, neurologue à l'hôpital de la Tour. Celui-ci avait examiné l'assurée le 15 octobre 2018 avec une IRM cérébrale et un bilan neuropsychologique. L'IRM et le bilan neuropsychologique étaient décrits comme parfaitement dans les normes, avec des performances satisfaisantes. Au niveau neurologique elle avait eu un bilan très complet (ENG déjà fait chez les Drs P_____ et W_____) et le Dr Z_____ n'avait aucun argument pour une atteinte neurologique. L'IRM cérébrale, effectuée au Brésil deux ans après l'événement accidentel du 29 juin 2016, qui évoquait une gliose périvasculaire qui n'avait aucune manifestation clinique (y compris à la consultation du 24 juillet 2018 auprès du Dr AA_____ de Clinica Cidadiã au Brésil) et, qui plus est, n'était pas retrouvée sur l'IRM de contrôle du 15 octobre 2018, ne pouvait être prise en compte. Il était donc évident qu'une

expertise neurologique n'était pas nécessaire et qu'elle n'apporterait rien de nouveau. 75. Le 13 juin 2019, l'assurée a observé (procédure A/1281/2019 - LAA) que le Dr V_____ n'avait pas eu un dossier complet transmis par l'assurance ; il n'était pas à même de se prononcer sur l'aspect neurologique et a persisté dans ses conclusions. 76. Le 16 août 2019, l'assurance a observé (procédure A/1281/2019 - LAA) qu'au vu de l'expertise du 17 juillet 2019 elle avait respecté ses obligations, le statu quo était arrêté trois à quatre mois après l'accident. 77. Le 17 septembre 2019, l'assurée a observé (procédure A/1281/2019 - LAA) que l'expertise était incomplète et insuffisante, partielle et comprenait des erreurs. Il minimisait l'ampleur des atteintes : en particulier il omettait de commenter tous les points de l'IRM cérébrale effectuée au Brésil ; elle contestait une capacité de travail depuis octobre 2017. 78. Le 31 octobre 2019, l'assurée a annoncé qu'elle s'absentait du territoire suisse du 15 novembre 2019 au 15 septembre 2020 (plus ou moins). 79. A la demande de la chambre de céans, l'assurée a indiqué le 6 novembre 2019 que les arguments développés le 28 février 2019 ne constituaient pas une demande formelle de récusation à l'encontre de la juge Valérie MONTANI ou d'un autre juge quelconque. 80. Le 11 novembre 2019, l'assurée a communiqué un rapport de densitométrie osseuse du 8 novembre 2019 attestant d'une ostéopénie généralisée avec un risque fracturaire augmenté. 81. Le 13 novembre 2019, l'assurée a communiqué un ultrason du membre inférieur gauche du 24 septembre 2013 concluant à un examen d'aspect normal. 82. Le 25 novembre 2019, l'assurance a requis qu'il soit mis fin à l'avalanche de courriers totalement insensés de l'assurée. 83. Le 28 janvier 2020, la chambre de céans a requis du Dr U_____ des informations médicales. Elle lui a en particulier demandé de se prononcer sur l'appréciation du Dr V_____ du 17 juillet 2019. 84. A la demande de la chambre de céans, le CEMed a indiqué le 30 janvier 2020 que le Dr AB_____, spécialiste en chirurgie orthopédique, avait répertorié et résumé les pièces du dossier et que le Dr AC_____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne, avait relu l'expertise et vérifié sa cohérence finale. Ce courrier a été transmis aux parties le 3 février 2020, avec un délai au 18 février 2020 pour communiquer leurs éventuelles observations. 85. Le 17 février 2020, l'assurance a indiqué que ce courrier n'appelait pas de commentaires particuliers. 86. Selon une note de greffe du 14 février 2020, la secrétaire du Dr U_____ a indiqué que la réponse du médecin était prête mais qu'il manquait un courrier de l'assurée le déliant du secret médical. 87. Le 18 février 2020, la chambre de céans a demandé à l'assurance si elle était en possession d'une attestation de l'assurée relevant ses médecins traitants de leur secret professionnel. 88. Par arrêt du 3 février 2020 (A/1281/2019 - LAA - ATAS/80/2020), la chambre de céans a rejeté le recours de l'assurée. Elle a considéré que celle-ci, depuis la première proposition d'expertise de l'intimée auprès du Dr T_____, le 2 mai 2018, et la décision litigieuse du 28 février 2019, avait refusé de se soumettre à un examen d'expertise ; en effet, la recourante ne s'était pas présentée au rendez-vous d'expertise orthopédique - dont il convenait d'admettre qu'il était exigible au sens de la jurisprudence précitée - prévu chez le Dr T_____ le 21 juin 2018, puis chez le Dr V_____ le 10 octobre 2018. Ce faisant, la recourante avait refusé de manière inexcusable de se conformer à son obligation de collaborer à l'instruction du dossier, au sens de l'art. 43 al. 3 LPGA, étant constaté que le fait de requérir la réalisation d'une expertise neurologique préalablement à l'expertise orthopédique prévue ne pouvait constituer une telle excuse valable. Par ailleurs, la recourante avait été avertie par l'intimée des conséquences de ce défaut de collaboration (courriers ou courriels de celle-ci des 19 juin, 26 septembre et 8 octobre 2018). En conséquence, l'intimée était en droit de statuer en l'état du dossier et de conclure, qu'au vu des pièces médicales au dossier, aucun élément ne

permettait d'établir que les atteintes à la santé de la recourante, mentionnées par celle-ci et par le jugement de la chambre de céans précité, étaient à sa charge au-delà du 28 juillet 2016, étant relevé qu'il incombait à la recourante, s'agissant des atteintes à sa santé dont le lien de causalité avec l'accident avait été reconnu par l'intimée, d'établir que les circonstances déterminantes n'avaient pas subi de modification susceptibles de modifier son droit aux prestations, ce qu'elle n'avait pas été à même de faire vu son refus de se soumettre à une expertise administrative orthopédique ; par ailleurs, les pièces médicales fournies par la recourante postérieurement à l'arrêt de la chambre de céans du 16 avril 2018 jusqu'à la décision litigieuse du 28 février 2019, soit les rapports du Dr U_____ des 25 juin, 5 septembre et 2 octobre 2018, ainsi que l'IRM cérébrale du 13 septembre 2018, n'étaient pas suffisantes pour établir que les atteintes au poignet et à la main droite de la recourante étaient à la charge de l'intimée au-delà du 28 juillet 2016, ou encore l'existence d'un lien de causalité entre les autres atteintes évoquées et l'accident. 89. Un recours de l'assurée contre cet arrêt a été déclaré irrecevable par le Tribunal fédéral le 29 avril 2020 (8C 216/2020). 90. Le 28 février 2020, l'assurance a indiqué que l'assurée avait établi déclaration relevant ses médecins de leur secret professionnel mais que celle-ci avait donné lieu à une correspondance fournie avec l'assurée, qui en avait limité la portée, puis l'avait révoquée, puis l'avait remise en vigueur, de sorte qu'il était préférable que le Dr U_____ l'obtienne directement auprès de l'assurée. 91. Le 4 mars 2020, la chambre de céans a transmis à l'assurée une déclaration relevant le Dr U_____ de son secret médical, en l'invitant à la signer d'ici au 18 mars 2020. L'assurée n'a pas répondu à ce courrier. 92. Sur quoi la cause a été gardée à juger. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 7 du Code de procédure civile suisse du 19 décembre 2008 (CPC - RS 272) et à l'art. 134 al. 1 let. c de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur depuis le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale prévue par la LAMal, relevant de la loi fédérale sur le contrat d'assurance, du 2 avril 1908 (loi sur le contrat d'assurance, LCA - RS 221.229.1). Selon la police d'assurance, le contrat est régi par la LCA. La compétence de la chambre de céans à raison de la matière pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. En l'occurrence, l'art. H des conditions générales d'assurance de Mobisana, prévoit que pour toute prétention découlant du contrat d'assurance, la Mobilière peut être actionnée, notamment au domicile Suisse de la personne assurée. La demanderesse étant domiciliée dans le canton de Genève, la chambre de céans est compétente à raison du lieu pour connaître de la présente demande (art. 10 al. 1 CPC). 3. Les litiges relatifs aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie ne sont pas soumis à la procédure de conciliation préalable de l'art. 197 CPC lorsque les cantons ont prévu une instance cantonale unique selon l'art. 7 CPC (ATF 138 III 558 consid. 4.5 et 4.6 ; ATAS/577/2011 du 31 mai 2011), étant précisé que le législateur genevois a fait usage de cette possibilité (art. 134 al. 1 let. c LOJ). 4. Le litige porte sur le droit de la demanderesse au versement de l'indemnité journalière maladie au-delà du 11 octobre 2018. A cet égard, la demanderesse a conclu à ce que son opposition à la décision de la défenderesse du 8 octobre 2018 de suspendre ses indemnités journalières soit reconnue et à ce qu'il soit dit que la défenderesse n'a pas le droit de suspendre son minimum vital. Or, le chiffrement des actions en paiement d'une somme d'argent compte parmi les conditions de recevabilité, que le juge doit examiner d'office (arrêt du Tribunal fédéral 4A_235/2016 du 7 mars 2017 consid. 2.1) ; dans deux causes, le Tribunal fédéral a jugé irrecevables les conclusions d'assurés tendant simplement aux « prestations découlant

du contrat d'assurance » (ATF 134 III 235 consid. 2) ou ordonnant « à [l'assurance] de calculer et de verser l'indemnité journalière en cas de maladie au demandeur dès le 30 août 2004 » (arrêt du Tribunal fédéral 4A_107/2008 du 5 juin 2008 consid. 2.2) ; la chambre de céans a également jugé irrecevables les conclusions d'une demanderesse, assistée par un avocat, tendant à la prise en charge d'une intervention programmée dans une clinique (ATAS/825/2018 précité). La question de la recevabilité de la présente demande, au regard des exigences précitées, peut cependant souffrir de rester ouverte, la demande devant de toute façon être rejetée. 5. a. La procédure simplifiée s'applique aux litiges portant sur des assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de la LAMal (art. 243 al. 2 let. f CPC) et la chambre de céans établit les faits d'office (art. 247 al. 2 let. a CPC). La jurisprudence applicable avant l'introduction du CPC, prévoyant l'application de la maxime inquisitoire sociale aux litiges relevant de l'assurance-maladie complémentaire, reste pleinement valable (ATF 127 III 421 consid. 2). Selon cette maxime, le juge doit établir d'office les faits, mais les parties sont tenues de lui présenter toutes les pièces nécessaires à l'appréciation du litige. Ce principe n'est pas une maxime officielle absolue, mais une maxime inquisitoire sociale. Le juge ne doit pas instruire d'office le litige lorsqu'une partie renonce à expliquer sa position. En revanche, il doit interroger les parties et les informer de leur devoir de collaboration et de production des pièces; il est tenu de s'assurer que les allégations et offres de preuves sont complètes uniquement lorsqu'il a des motifs objectifs d'éprouver des doutes sur ce point. L'initiative du juge ne va pas au-delà de l'invitation faite aux parties de mentionner leurs moyens de preuve et de les présenter. La maxime inquisitoire sociale ne permet pas d'étendre à bien plaire l'administration des preuves et de recueillir toutes les preuves possibles (ATF 125 III 231 consid. 4a). La maxime inquisitoire sociale ne modifie pas la répartition du fardeau de la preuve (arrêt du Tribunal fédéral 4C.185/2003 du 14 octobre 2003 consid. 2.1). Pour toutes les prétentions fondées sur le droit civil fédéral, l'art. 8 du Code civil suisse, du 10 décembre 1907 (CC ; RS 210), en l'absence de règles contraires, répartit le fardeau de la preuve et détermine, sur cette base, laquelle des parties doit assumer les conséquences de l'échec de la preuve (ATF 133 III 323 consid. 4.1 non publié; ATF 130 III 321 consid. 3.1 ; ATF 129 III 18 consid. 2.6 ; ATF 127 III 519 consid. 2a). Cette disposition ne prescrit cependant pas quelles sont les mesures probatoires qui doivent être ordonnées (cf. ATF 122 III 219 consid. 3c ; ATF 119 III 60 consid. 2c). Elle n'empêche pas le juge de refuser une mesure probatoire par une appréciation anticipée des preuves (ATF 121 V 150 consid. 5a). L'art. 8 CC ne dicte pas comment le juge peut forger sa conviction (ATF 122 III 219 consid. 3c ; ATF 119 III 60 consid. 2c ; ATF 118 II 142 consid. 3a). En tant que règle sur le fardeau de la preuve, il ne s'applique que si le juge, à l'issue de l'appréciation des preuves, ne parvient pas à se forger une conviction dans un sens positif ou négatif (ATF 132 III 626 consid. 3.4 et ATF 128 III 271 consid. 2b/aa). Ainsi, lorsque l'appréciation des preuves le convainc de la réalité ou de l'inexistence d'un fait, la question de la répartition du fardeau de la preuve ne se pose plus (ATF 128 III 271 consid. 2b/aa). En vertu de l'art. 8 CC, chaque partie doit, si la loi ne prescrit le contraire, prouver les faits qu'elle allègue pour en déduire son droit. En conséquence, la partie qui fait valoir un droit doit prouver les faits fondant ce dernier, tandis que le fardeau de la preuve relatif aux faits supprimant le droit, respectivement l'empêchant, incombe à la partie, qui affirme la perte du droit ou qui conteste son existence ou son étendue. Cette règle de base peut être remplacée par des dispositions légales de fardeau de la preuve divergentes et doit être concrétisée dans des cas particuliers (ATF 128 III 271 consid. 2a/aa avec références). Ces principes sont également applicables dans le domaine du

contrat d'assurance (ATF 130 III 321 consid. 3.1). En vertu de l'art. 150 al. 1 CPC, seules doivent être prouvées les allégations qui sont expressément contestées. Une telle contestation doit être suffisamment précise pour atteindre son but, c'est-à-dire permettre à la partie adverse de comprendre quels allégués il lui incombe de prouver. Le degré de précision d'une allégation influe sur le degré de motivation que doit revêtir sa contestation. Plus les affirmations d'une partie sont détaillées, plus élevées sont les exigences quant à la précision de leur contestation. Une réfutation en bloc ne suffit pas. Le fardeau de la contestation ne saurait toutefois entraîner un renversement du fardeau de la preuve (ATF 141 III 433 consid. 2.6 et les références ; arrêt précité 4A 318/2016 consid. 3.1). En principe, un fait est tenu pour établi lorsque le juge a pu se convaincre de la vérité d'une allégation. La loi, la doctrine et la jurisprudence ont apporté des exceptions à cette règle d'appréciation des preuves. L'allègement de la preuve est alors justifié par un « état de nécessité en matière de preuve » (Beweisnot), qui se rencontre lorsque, par la nature même de l'affaire, une preuve stricte n'est pas possible ou ne peut être raisonnablement exigée, en particulier si les faits allégués par la partie qui supporte le fardeau de la preuve ne peuvent être établis qu'indirectement et par des indices (ATF 132 III 715 consid. 3.1 ; ATF 130 III 321 consid. 3.2). Tel peut être le cas de la survenance d'un sinistre en matière d'assurance-vol (ATF 130 III 321 consid. 3.2) ou de l'existence d'un lien de causalité naturelle, respectivement hypothétique (ATF 132 III 715 consid. 3.2). Le degré de preuve requis se limite alors à la vraisemblance prépondérante (die überwiegende Wahrscheinlichkeit), qui est soumise à des exigences plus élevées que la simple vraisemblance (die Glaubhaftmachung). La vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ou hypothèses envisageables ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 133 III 81 consid. 4.2.2 ; ATF 132 III 715 consid. 3.1 ; ATF 130 III 321 consid. 3.3). En vertu de l'art. 8 CC, la partie qui n'a pas la charge de la preuve a le droit d'apporter une contre-preuve. Elle cherchera ainsi à démontrer des circonstances propres à faire naître chez le juge des doutes sérieux sur l'exactitude des allégations formant l'objet de la preuve principale. Pour que la contre-preuve aboutisse, il suffit que la preuve principale soit ébranlée, de sorte que les allégations principales n'apparaissent plus comme les plus vraisemblables (ATF 130 III 321 consid. 3.4). Le juge doit procéder à une appréciation d'ensemble des éléments qui lui sont apportés et dire s'il retient qu'une vraisemblance prépondérante a été établie (ATF 130 III 321 consid. 3.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 4A_61/2011 du 26 avril 2011 consid. 2.1.1). b. Il est de jurisprudence qu'une expertise privée n'est pas un moyen de preuve au sens de l'art. 168 al. 1 CPC, mais qu'elle doit être assimilée aux allégués de la partie qui la produit (ATF 141 III 433 consid. 2.6 p. 437 ; 140 III 24 consid. 3.3.3 p. 29). Seules doivent être prouvées les allégations qui sont expressément contestées. Une telle contestation doit être suffisamment précise afin que l'on puisse déterminer quelles sont les allégations du demandeur qui sont contestées. En d'autres termes, la contestation doit être concrète à telle enseigne que la partie qui a allégué les faits sache quels sont ceux d'entre-eux qu'il lui incombe de prouver. Le degré de la motivation d'une allégation exerce une influence sur le degré exigible de motivation d'une contestation. Plus détaillées sont certaines allégations de la partie qui a le fardeau de la preuve, plus concrètement la partie adverse doit expliquer quels sont au sein de celles-ci les éléments de fait qu'elle conteste. Le fardeau de la contestation ne saurait toutefois entraîner un renversement du fardeau de la preuve (ATF 141 III 433 consid. 2.6 p. 438 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 4A_318/2016 du 3

août 2016). En présence de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. Ce qui compte à cet égard, c'est que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient bien motivées. En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3 p. 352 ss ; arrêt 4A_318/201 du 3 août 2016 consid. 6.1). 6. En l'occurrence, la défenderesse a produit une expertise orthopédique du Dr V_____ du 5 juin 2019. Celle-ci, fondée sur les pièces médicales du dossier, comprenant les plaintes de la demanderesse, la description du traitement, les données personnelles familiales et socioprofessionnelles, un status orthopédique, une étude du dossier radiologique, des diagnostics clairs et des conclusions motivées, répond aux réquisits jurisprudentiels précités pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante. L'expert a conclu à une capacité de travail totale de la demanderesse dès le 16 octobre 2017 dans son ancienne activité, avec une limitation fonctionnelle (interdiction de porter un enfant ou intervenir en urgence pour une quelconque raison). Au vu de son examen clinique et des pièces médicales au dossier, une expertise neurologique n'était pas justifiée. La demanderesse a contesté la valeur probante de l'expertise du Dr V_____ ; elle estime qu'une expertise neurologique aurait dû être ordonnée, vu le traumatisme crânien subi, avec entorse cervicale, dorsale et lombaire, l'instabilité physique dont elle était victime, avec une inflammation de toutes les articulations, des douleurs et engourdissements dans le corps ainsi que des troubles neuropsychologiques et un déboitement des hanches. Elle reproche au Dr V_____ de ne pas avoir décrit correctement son accident et ses suites, d'avoir nié le lien de causalité entre certaines atteintes constatées et l'accident, d'avoir effectué un status orthopédique sans tenir compte des examens radiologiques, lequel variait en fonction de la localisation de l'inflammation, de ne pas avoir noté toutes ses plaintes (douleurs aux épaules, genoux, dorsales, lombaires, cervicales, tendons, articulation du corps, maux de tête, sens altérés, plus de force musculaire, difficultés à respirer, douleurs), de ne pas avoir lu correctement son dossier radiologique, de ne pas avoir signalé dans les diagnostics une arthrite du genou gauche, aux épaules et des douleurs dans toutes les articulation et tendons ainsi qu'une tentative d'assassinat par empoisonnement, de ne pas reconnaître qu'elle était en pleine santé avant l'accident, de ne pas admettre qu'un traitement médical était encore nécessaire, de prescrire des antalgiques alors qu'elle souffre d'hypertension, d'avoir considéré qu'elle était capable de travailler dès octobre 2017, alors qu'elle souffrait de toutes les atteintes décrites, de surcroît dans une activité d'animatrice parascolaire, et de ne pas avoir commenté tous les points de l'IRM cérébrale effectuée au Brésil. L'expertise était partielle, incomplète et pas sérieuse. Elle estime que l'indemnité journalière aurait dû être reprise dès sa participation à l'expertise orthopédique, soit dès fin juin 2019. Elle invoque, à l'appui de sa demande, le rapport du Dr U_____ du 25 juin 2018. La chambre de céans constate que s'agissant de la période litigieuse, soit dès octobre 2018, la demanderesse a fourni des rapports médicaux de ses médecins traitants, lesquels ne sont toutefois pas à même de remettre en cause les conclusions de l'expertise du Dr V_____. En effet, le Dr

U_____ a mentionné le 25 juin 2018 une entorse cervicale sévère et une entorse de la colonne dorso lombaire, une déchirure partielle du tendon supra épineux droit et une tendinopathie de Quervain associée à une probable lésion des nerfs périphériques en cours d'investigation. Il a signé un arrêt de travail de la demanderesse du 5 septembre au 21 octobre 2018, non motivé, puis il a attesté le 2 octobre 2018 qu'il existait une incapacité de travail totale en raison d'un syndrome post-traumatique cérébral et des autres diagnostics précités. Il a fait état de contractures para-cervicales, de douleurs para-dorsales, para-lombaires, au bassin, au poignet, à l'épaule droite, de vertiges, de maux de tête, de trouble de la vision, de l'audition et de la mémoire. Le 21 décembre 2018, le Dr U_____ a encore fait état de maux de tête, douleur de la charnière cervico-dorso-lombaire et de douleur du bassin, justifiant un traitement de physiothérapie. Quant au Dr X_____, il a relevé des arthralgies, myalgies, tendinite du genou droit le 25 avril 2019 et le Dr Y_____ un épanchement articulaire du genou droit (le 9 mai 2019). Or, toutes ces atteintes ont été prise en compte par le Dr V_____ dans le cadre de son évaluation et la demanderesse n'explique pas en quoi son appréciation est non probante. En particulier, le Dr V_____ a relevé que le bilan neurologique effectué courant 2018, sur demande du Dr U_____, auprès des Drs Z_____, P_____ et W_____ ne démontrait aucune atteinte neurologique. Il en était de même de l'IRM effectuée au Brésil le 18 juillet 2018. Enfin, la chambre de céans a requis du Dr U_____ qu'il se prononce sur l'expertise du Dr V_____. En l'absence d'une déclaration de la part de la demanderesse levant le secret professionnel du Dr U_____ (sollicitée par la chambre de céans), ce médecin n'a pas été en mesure de communiquer sa détermination. Au demeurant, la demanderesse n'a pas été à même d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, une incapacité de travail au-delà du 11 octobre 2018, de sorte que sa demande ne peut qu'être rejetée. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 114 let. e CPC et 22 al. 3 let. b LaCC). 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.