

GE_GERICHTE A/47/2012 vom 20. Juni 2013

GE Cour de justice, 2013-06-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_47_2012

FR: GE_GERICHTE A/47/2012 du 20 juin 2013

IT: GE_GERICHTE A/47/2012 del 20 giugno 2013

Erwägungen

E. 3

ème Chambre En la cause Monsieur D _____, domicilié à VULBENS, France, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître PETROZ Pascal recourant contre MOOVE SYMPANY SA, Peter Merian-Weg 4, BALE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître JACQUES Isabelle intimée EN FAIT 1. Monsieur D _____ (ci-après : l'assuré), né en février 1962, a travaillé à compter du 4 avril 2002 en qualité de monteur sanitaire pour une entreprise sise à Plan-les-Ouates. A ce titre, il était assuré contre le risque d'accidents professionnels et non professionnels auprès de la CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après SUVA). Il était par ailleurs assuré auprès de MOOVE SYMPANY SA (ci-après : l'assureur) contre la perte de gain. !endif>!if> 2. Le 25 janvier 2010, l'assuré a été victime d'un accident : il a été renversé par une voiture alors qu'il traversait la route sur un passage pour piétons. !endif>!if> 3. A sa sortie de l'hôpital, le 29 janvier 2010, les diagnostics suivants ont été retenus : contusions cervicales, contusions de l'épaule droite, contusions de la jambe droite et céphalées post-traumatiques. Le scanner du corps n'a pas montré de lésions traumatiques. L'assuré a été mis en arrêt de travail jusqu'au 11 février 2010 inclus. !endif>!if> 4. Par décision du 1^{er} juillet 2010, la SUVA a mis un terme à ses prestations (indemnités journalières et frais de traitement) avec effet au 30 juin 2010, date à laquelle elle a estimé que le statu quo ante avait été atteint. La SUVA a rendu sa décision à l'issue d'une instruction ayant permis de réunir notamment les éléments suivants : !endif>!if> - des radiographies du rachis cervical pratiquées le 4 mars 2010 ne mettant en évidence aucune particularité ; !endif>!if> - un rapport du Dr E _____, neurologue, du 8 mars 2010, qualifiant l'examen clinique de normal, bien que l'assuré se plaigne de céphalées et de cervicalgies ; le médecin précisait avoir informé l'assuré du caractère bénin de la problématique et du fait que l'évolution serait spontanément favorable ; !endif>!if> - une évaluation émise le 12 avril 2010 par les Drs F _____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, et G _____, spécialiste FMH en neurologie, de la Clinique romande de réadaptation (CRR), retenant le diagnostic de contusions multiples (cuisse droite, crâne) ; il en ressortait que l'examen somatique n'avait mis en exergue aucune limitation de l'appareil locomoteur, hormis un frein musculaire cervical, que l'examen neurologique, qualifié de très rassurant, n'avait montré aucun signe en faveur d'une atteinte cérébrale médullaire, radiculaire, plexulaire ou périphérique ou de séquelle de la compression du nerf ulnaire au niveau du membre supérieur droit, qu'il n'y avait ni fatigabilité ni ralentissement, ni trouble de la concentration ni trouble de la mémoire mais uniquement de céphalées tensionnelles simples dans un contexte post-traumatique ; les médecins de la CRR émettaient un bon pronostic, motivé par le fait que le traumatisme n'avait ni occasionné de lésion anatomique objectivable ni laissé de séquelles neuropsychologiques ; ils ont estimé que l'assuré pouvait reprendre ses

activités habituelles, y compris professionnelles, dans des délais relativement courts ; les médecins ont souligné la différence entre la description faite par l'assuré de son accident et des suites pour sa santé d'une part, et la pauvreté des constatations objectives, tant cliniques que radiologiques, d'autre part ; ils ont également été frappés par la façon dont l'assuré évaluait sa capacité de travail future et par le comportement douloureux affiché durant l'examen somatique (cf. dossier SUVA) ;

5. un rapport d'examen du Dr H _____, spécialiste FMH en chirurgie et médecin d'arrondissement de la SUVA, daté du 25 mai 2010, concluant que, sur le plan purement objectif, la reprise de l'activité de monteur sanitaire paraissait envisageable mais préconisant – au vu des facteurs de non-organicité - une évaluation psychiatrique avant de se prononcer sur le statu quo ;

6. une expertise réalisée le 23 juin 2010 par le Dr I _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et médecin d'arrondissement de la SUVA, concluant à l'absence de symptomatologie psychiatrique significative justifiant la pose d'un diagnostic et une incapacité de travail.

7. Le 8 juillet 2010, l'assureur perte de gain s'est opposé à la décision de la SUVA. Relevant que le traitement médicamenteux auquel devait se soumettre l'assuré était incompatible avec la conduite d'un véhicule indispensable à l'exercice de son activité, l'assureur a contesté que le statu quo ante soit atteint.

8. Le 27 juillet 2010, l'assuré s'est également opposé à la décision de la SUVA.

9. Mandaté par un assureur responsabilité civile français pour procéder à une expertise médicale, le Dr J _____, généraliste et "diplômé de réparation juridique du dommage corporel", a rendu en date du 10 août 2010 un rapport dans lequel il a retenu, outre le diagnostic de douleurs avec impotence de l'épaule droite, ceux de traumatisme crânien avec perte de connaissance et de traumatisme cervical. Il a noté que l'assuré était toujours en arrêt de travail, dont il a estimé qu'il était justifié eu égard à sa profession et à l'impossibilité dans laquelle il était de conduire en raison des troubles de la vigilance liés aux médicaments.

10. Le 25 août 2010, le Dr K _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA, a souligné l'absence de lésions structurelles et d'anomalie radiologique susceptibles d'expliquer la persistance des douleurs, d'une part, l'absence de limitations fonctionnelles ou psychiques pouvant être mises en rapport avec l'accident, d'autre part. Quant au rapport de la Dresse L _____, le Dr K _____ a relevé qu'il n'apportait aucun élément médical nouveau susceptible d'infirmes les conclusions du Dr H _____, raison pour laquelle il a maintenu que les suites de l'accident devaient être considérées comme éteintes au 30 juin 2010 selon toute vraisemblance.

11. Par décision du 31 août 2010, la SUVA a confirmé sa décision du 30 juin 2010. Elle a réfuté l'existence d'une relation de causalité adéquate entre l'accident et la symptomatologie douloureuse, faute de lésion anatomique objectivable et d'une symptomatologie psychiatrique significative.

12. Saisie d'un recours de l'assuré contre la décision de la SUVA, la Cour de justice l'a rejeté par arrêt du 24 mars 2011 (ATAS/314/2011). Cet arrêt est entré en force.

13. Dans l'intervalle, l'assuré, se tournant vers son assureur perte de gain, a requis, en date du 16 septembre 2010, le versement des indemnités perte de gain maladie avec effet rétroactif au 1^{er} juillet 2010.

14. Par décision du 14 janvier 2011, l'assureur perte de gain a refusé de prendre le relais des prestations à titre provisoire. Cette décision a été confirmée sur opposition le 22 novembre 2011.

15. En substance, l'assureur perte de gain s'est référé à l'avis de son médecin conseil, le Dr M _____, qui, suite à un examen effectué le 4 août 2010, a conclu que l'accident s'était soldé par des séquelles physiques bénignes

(contusions multiples) sans lésion anatomique interne objectivable en dépit de céphalées persistantes. Le médecin avait dans un premier temps admis le point de départ du statu quo ante fixé par la SUVA mais émis cependant une réserve concernant l'amplification du traitement médicamenteux dont il avait jugé qu'il pourrait être contre-indiqué. Par la suite, le médecin est néanmoins revenu sur sa réserve après avoir constaté que les médicaments en question n'étaient pas pris ou pas pris régulièrement. 13. Par écriture du 9 janvier 2012, l'assuré a interjeté recours contre cette décision. 14. Le recourant souligne que son activité implique de devoir se déplacer chez les clients et, une fois sur place, de porter des charges de plus de 30 kg, de rester debout, de se plier en deux ou encore de s'agenouiller plus ou moins longtemps. Il maintient que le traitement médicamenteux auquel il est soumis lui rend impossible la conduite automobile. A cet égard, il s'inscrit en faux contre le fait qu'il ne se soumette pas régulièrement à ce traitement, alléguant qu'au moment où il a été examiné par le médecin-conseil de l'intimée, il souffrait d'une gastro-entérite (du 31 juillet au 6 août 2010) et qu'il avait d'ailleurs précisé au médecin - lorsque celui-ci lui a fait une prise de sang - qu'il avait interrompu son traitement sur ordre de son médecin. Le recourant soutient que l'assureur perte de gain ne peut tout simplement s'aligner sur les conclusions de l'assureur accident. Il lui reproche par ailleurs d'avoir changé de position sans même l'avoir soumis à un nouvel examen de son médecin-conseil. En définitive, l'assuré demande que lui soit reconnu une totale invalidité à compter du 25 janvier 2010 et le droit au versement des prestations d'assurance sous la forme d'indemnités journalières avec effet au 1^{er} juillet 2010, à l'octroi d'une rente d'invalidité à 100% dès le 1^{er} juillet 2010 et à la prise en charge des frais médicaux liés à l'accident dès le 1^{er} juillet 2010, cas échéant après avoir mis sur pied une expertise pluridisciplinaire. 14. Invité à se déterminer, l'intimée, dans sa réponse du 5 mars 2012, a souligné que plusieurs médecins avaient mis en cause la sincérité de l'assuré. 15. C'est la raison pour laquelle le Dr M_____ a jugé nécessaire de procéder à un dosage sérique pour vérifier la compliance. Or, ce dosage qui a révélé que les médicaments n'étaient pas pris. L'intimée relève que les seuls éléments invoqués par l'assuré pour justifier son incapacité de travail sont les certificats médicaux du Dr L_____, son médecin traitant généraliste, lequel s'est contenté de relayer les plaintes de son patient sans la moindre analyse. L'assureur fait remarquer que si l'on considère que le statu quo ante a été atteint, cela implique que la prise de médicament n'est plus nécessaire. Qui plus est, dans la mesure où il a été établi que l'assuré ne prenait pas ses médicaments, la question de l'influence de ces derniers sur sa capacité de travail n'a pas lieu d'être analysée. Enfin, l'intimée relève que les allégations du recourant selon lesquelles son médecin lui aurait conseillé d'interrompre son traitement n'ont été étayées par aucun document. L'intimée fait remarquer que la gastro-entérite a été initialement annoncée au Dr M_____ comme ayant débuté le 3 août 2010, soit le jour précédent le dosage sérique (cf. pièce 31 du recourant), alors que, dans son recours, l'assuré en fait à présent remonter le commencement au 31 juillet 2010. 15. A la demande de l'intimée, l'apport des dossiers de la SUVA et de GENERALI a été requis et les pièces ont été mises à disposition des parties. 16. Par écriture du 22 juin 2012, le recourant a persisté dans ses conclusions. 17. Par écriture du 22 juin 2012, l'intimé a fait de même. 18. Des audiences d'enquêtes se sont tenues en date du 23 août 2012. 19. Entendu à cette occasion, le Dr M_____ a indiqué que son examen l'avait conduit aux mêmes conclusions que la CRR. Selon lui, il n'y avait aucune contre-indication à la reprise de l'activité habituelle, si ce n'est de savoir si le traitement pris par l'assuré lui permettait de poursuivre son activité. En effet, il ressort tant du

compendium suisse que de son équivalent français que le Tramadol a des effets secondaires tels qu'il vaut mieux éviter la conduite automobile lorsqu'on en prend. Or, la prise de sang a révélé que la compliance n'était pas maximale et le fait que l'assuré ait souffert d'une gastro-entérite n'était pas suffisant pour modifier fondamentalement les résultats de la prise de sang ; dès lors, ces résultats ne pouvaient s'expliquer que par la non-prise des médicaments. Le médecin a ajouté que si l'assuré lui avait dit clairement qu'il avait interrompu son traitement, il n'aurait pas procédé à une prise de sang. ![/endif]>![if > 20. Entendu à son tour, le Dr H_____, médecin-conseil remplaçant de la SUVA, a indiqué avoir conclu, après son examen du 25 mai 2010, que la reprise de l'activité de monteur sanitaire pouvait être envisagée. Le médecin a convenu que le Tramadol peut avoir des effets négatifs sur la conduite d'un véhicule, mais il a souligné que cela dépend des doses et des interactions avec d'autres médicaments. Dans le cas de l'assuré, le médecin a estimé qu'il n'y avait pas de contre-indication avec la conduite d'un véhicule. Par ailleurs, le médecin n'a observé aucune lésion objectivable. Il a expliqué que s'il a employé les mots « paraît envisageable » s'agissant de la reprise du travail, c'est parce qu'il est toujours difficile d'évaluer la capacité de travail d'un assuré : des éléments subjectifs entrent en considération et le médecin-conseil n'a pas toujours une idée très précise des exigences physiques requises par l'activité exercée. C'est la raison pour laquelle il s'adresse à la CRR qui est mieux à même de juger. Le médecin a confirmé que si des douleurs persistaient dans certains mouvements, elles n'étaient corroborées par aucune atteinte physique ou mécanique. Enfin, le médecin a contesté l'allégation du recourant selon laquelle ce dernier n'aurait pas fait l'objet d'un véritable examen. ![/endif]>![if > 21. A l'issue de ces audiences, un délai a été accordé aux parties pour faire parvenir à la Cour les questions qu'elles souhaitent voir poser par écrit aux Drs I_____, L_____ et J_____. ![/endif]>![if > 22. Les parties s'étant exécutées, les médecins en question ont été interrogés par courriers du 24 octobre 2012.![endif]>![if > 23. Le 30 octobre 2012, le Dr J_____, médecin à Annecy, a répondu avoir fourni à son patient un rapport avec ses conclusions définitives le 10 janvier 2011 et ne pouvoir répondre aux questions de la Cour à moins que son patient ne le délie personnellement de son secret professionnel et que les réponses lui soient adressées directement.![endif]>![if > 24. Par courrier du 5 novembre 2012, la Cour a alors invité l'assuré à poser directement les questions à son médecin.![endif]>![if > 25. Par courrier du 31 octobre 2012, le Dr I_____ a confirmé la teneur de son rapport du 23 juin 2010.![endif]>![if > Il a expliqué n'avoir fait que relater l'avis de l'assuré en indiquant que celui-ci pourrait occuper un poste administratif mais n'avoir en aucun cas émis l'avis qu'il n'était pas à même de reprendre son activité de monteur sanitaire car cette appréciation relève des limitations physiques et sort donc du cadre de sa compétence de psychiatre conseil. Le médecin a ajouté n'avoir observé aucun trouble de la mémoire ou de la concentration durant l'entretien, pas plus qu'une baisse de l'humeur significative. L'assuré n'a pas non plus évoqué une perte de l'appétit et/ou des idées suicidaires. Le médecin n'a observé aucune symptomatologie permettant de conclure à des troubles de la personnalité et/ou à un état de stress-posttraumatique. En définitive, il a confirmé qu'aucune atteinte psychiatrique significative justifiant un diagnostic ou une incapacité de travail ne pouvait être retenue. 26. Par écriture du 21 décembre 2012, l'assuré a indiqué ne pas avoir de commentaires à formuler. Il a ajouté avoir le plus grand mal à obtenir des réponses du Dr J_____ et a donc réitéré sa demande de mise sur pied d'une expertise pluridisciplinaire.![endif]>![if > 27. Par écriture du 18 décembre 2012, l'assurance a persisté dans ses

conclusions. 28. Par écriture supplémentaire du 24 janvier 2013, l'assurance s'y est opposé en faisant remarquer qu'il n'a pas été démontré que l'état de santé de l'assuré se serait modifié depuis la procédure l'ayant opposé à la SUVA. Or, les rapports médicaux et expertises mises en œuvre par cette dernière suffisent amplement à trancher le litige.

L'intimée a souligné une fois encore que l'allégué principal de l'assuré - selon lequel il aurait interrompu son traitement sur avis de son médecin traitant - n'a pas été confirmé par pièce.

EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 4 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS 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 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-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal; RS 832.10).

L'assurance-indemnité journalière dont il est question correspond à une assurance collective indemnité journalière selon la LAMal. La compétence de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable à l'assurance-maladie, sauf dérogation expresse (art. 1 al. 1 LAMal).

3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA).

4. Le litige porte sur la question de savoir si c'est à juste titre que l'assureur a mis un terme à ses prestations avec effet au 30 juin 2010, singulièrement de savoir si, au-delà de cette date, a persisté une incapacité de travail causée par la maladie.

5. a) Aux termes de l'art. 67 al. 1 LAMal, toute personne domiciliée en Suisse ou qui y exerce une activité lucrative, âgée de quinze ans révolus, mais qui n'a pas atteint 65 ans, peut conclure une assurance d'indemnités journalières avec un assureur au sens de l'art. 68 LAMal. L'assureur convient avec le preneur d'assurance du montant des indemnités journalières assurées; ils peuvent limiter la couverture aux risques de la maladie et de la maternité (art. 72 al. 1 LAMal).

b) Le droit à l'indemnité journalière selon la LAMal suppose une incapacité de travail, définie conformément à l'art. 6 LPGA, réduite de moitié au moins (art. 72 al. 2 première phrase LAMal). La jurisprudence rendue sous l'empire de l'ancienne loi sur l'assurance-maladie (LAMA, en vigueur jusqu'au 31 décembre 1995) est également applicable sous le nouveau régime de la LAMal (ATF 128 V 152, consid. 2a; RAMA 1998 n° KV 45 p. 430). Selon la jurisprudence, est considéré comme incapable de travailler l'assuré qui, à la suite d'une atteinte à la santé, ne peut plus exercer son activité habituelle ou ne peut l'exercer que d'une manière limitée ou encore avec le risque d'aggraver son état (ATF 129 V 51, consid. 1.1 et les références). Pour déterminer le taux de l'incapacité de travail, il faut, selon la jurisprudence, établir dans quelle mesure l'assuré ne peut plus, en raison de l'atteinte à la santé, exercer son activité antérieure, compte tenu de sa productivité effective et de l'effort que l'on peut raisonnablement exiger de lui (RAMA 2005 KV n°342 p. 356; ATF 114 V 281, consid. 1c).

6. 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. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 157, consid. 1b et les références).

S'agissant de la capacité de

travail, les tâches du médecin consistent à porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré et indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités il est incapable de travailler, d'autre part à déterminer les travaux qui peuvent encore raisonnablement être exigés de lui (ATF 125 V 256 , consid. 4). 7. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarter en principe 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 118 V 286 , consid. 1b). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient 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. 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 U 216/04 du 21 juillet 2005, consid. 5.2; 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 celui-ci (ATF 125 V 351 , consid. 3b/bb et cc). D'après une jurisprudence constante, en présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, si sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 , consid. 3 et les références). 8. En l'espèce, s'agissant de l'incidence des douleurs dont se plaint encore le recourant sur sa capacité de travail, la Cour relève ce qui suit. L'assurance-accidents du recourant a procédé à une instruction approfondie du cas. Certes, l'assureur accident et la Cour ont alors examiné la question sous l'angle de l'existence d'un lien de causalité entre les troubles allégués et l'événement assuré, mais l'instruction menée

et les rapports médicaux détaillés qui ont alors été produits permettent également de se déterminer sur la persistance d'une incapacité de travail au-delà du 30 juin 2010 sans qu'il soit nécessaire de procéder à une expertise complémentaire, comme le requiert le recourant. En effet, le dossier de la SUVA comporte plusieurs expertises correspondant parfaitement aux réquisits jurisprudentiels. Ainsi, l'évaluation de la CRR contient une anamnèse complète, un examen clinique et expose précisément les plaintes du recourant. Les conclusions de cette expertise sont motivées et convaincantes. Il sied donc de lui reconnaître une pleine valeur probante. Or, ladite évaluation conclut clairement à l'absence de toute limitation de l'appareil locomoteur, de lésion anatomique objectivable ou encore de séquelles neuropsychologiques. Les médecins de la CRR, dont le Dr H_____ a expliqué en audience qu'ils étaient mieux à même qu'un médecin-conseil d'évaluer l'exigibilité de telle ou telle activité, ont estimé que l'assuré pouvait reprendre ses activités habituelles, y compris professionnelles, dans des délais relativement courts. L'expertise réalisée par le Dr I_____ peut également – pour les mêmes raisons – se voir reconnaître pleine valeur probante. Or, le médecin a de manière très claire exclu toute symptomatologie psychiatrique significative justifiant une incapacité de travail. Les autres rapports médicaux versés au dossier ne permettent pas d'aboutir à une conclusion différente. Ainsi, le Dr E_____, neurologue, a confirmé que l'examen clinique était normal. Ce médecin a d'ailleurs insisté sur le caractère bénin de la problématique. Quant aux rapports du médecin traitant du recourant, force est de constater qu'ils ne font que relayer les plaintes de son patient, sans motiver de manière concluante l'incapacité de travail alléguée. Ainsi, quand bien même l'expertise de la CRR a été réalisée afin de déterminer si l'incapacité de travail du recourant était en lien de causalité avec un accident, l'intimée était fondée à s'appuyer sur ses conclusions claires s'agissant de la capacité du recourant à exercer son activité habituelle. Reste à examiner la question de savoir si le traitement prescrit au recourant contre-indique la reprise de son activité – laquelle implique la conduite d'un véhicule. C'est là la principale raison invoquée par le Dr J_____ pour justifier l'incapacité de travail. Il s'est pourtant avéré, lors du dosage sérique auquel a procédé le Dr M_____, que le recourant ne prenait pas le traitement en question. Les explications de l'intéressé sur ce point s'avèrent peu convaincantes dans la mesure où elles ont varié dans le temps : au Dr M_____, le recourant s'est contenté d'indiquer qu'il souffrait d'une gastro-entérite débutée un jour auparavant, puis, devant la Cour de céans, il a affirmé avoir interrompu son traitement sur avis de son médecin – allégation au demeurant nullement étayée – et a fait remonter le début de la gastro-entérite invoquée à quelques jours plus tôt que précédemment. Au demeurant, le Dr H_____ a indiqué s'être dûment posé la question de l'influence de la prise de médicaments et avoir considéré, qu'en l'espèce, au vu des doses prescrites, il n'y avait pas de contre-indication à la conduite d'un véhicule. Eu égard aux considérations qui précèdent, c'est à juste titre que l'intimée a considéré qu'au-delà du 30 juin 2010, ne subsistait plus aucune incapacité à exercer la profession habituelle. Le recours est donc rejeté. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :