

## **GE\_GERICHTE ATAS/418/2013 vom 30. April 2013**

GE Cour de justice, 2013-04-30, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_418\\_2013](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_418_2013)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/418/2013 du 30 avril 2013

IT: GE\_GERICHTE ATAS/418/2013 del 30 aprile 2013

### **Erwägungen**

#### **E. 27**

Par acte du 10 septembre 2012, le recourant interjette recours contre cette décision, persistant dans les conclusions prises dans le cadre de son opposition. En outre, il requiert la comparution personnelle des parties, ainsi que la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. En substance, il estime que son état de santé est dû à son accident du 27 juin 2011 et conteste la valeur probante de l'expertise du Dr F\_\_\_\_\_, considérant que ce dernier n'a pas fait preuve de l'indépendance nécessaire, dans la mesure où son expertise a été réalisée à la demande de l'intimé.

A/2712/2012 - 9/17 -

#### **E. 28**

Par acte du 4 octobre 2012, l'intimé, représenté par son conseil, conclut au rejet de la demande d'expertise et du recours. Il considère que l'expertise du Dr F\_\_\_\_\_ a pleine valeur probante et qu'aucun des documents produits par le recourant ne permet de la remettre en cause ou de justifier qu'une expertise judiciaire soit ordonnée.

#### **E. 29**

En date du 26 novembre 2012, le recourant persiste dans ses conclusions, précisant en outre plusieurs points. Il explique qu'il avait choisi le Dr F\_\_\_\_\_ comme expert en raison de la proximité du cabinet de ce dernier par rapport à son domicile. Une expertise judiciaire est justifiée dans la mesure où le Dr F\_\_\_\_\_ n'était pas totalement indépendant. Le recourant indique également qu'il a continué à travailler durant neuf jours après sa chute du 27 juin 2011, en raison de l'insistance de son employeur, étant précisé que durant cette période, il n'a effectivement travaillé que six jours. L'appréciation du Dr F\_\_\_\_\_ selon laquelle il marcherait de manière théâtrale est catégoriquement contestée et jugée déplacée. Le statut quo sine n'est ainsi pas atteint et son état de santé est toujours en relation de causalité avec l'accident du 27 juin 2011.

#### **E. 30**

Par acte du 31 janvier 2013, l'intimé, représenté par son conseil, persiste intégralement dans ses conclusions. Il précise avoir versé au recourant des prestations de l'assurance-accidents jusqu'au 31 janvier 2012, bien que le statu quo sine ait été atteint le 27 septembre 2011, l'expertise du Dr F\_\_\_\_\_ ne lui ayant été transmise qu'en janvier 2012.

#### **E. 31**

En date du 8 avril 2013, le recourant remet à la Cour de céans un échange de correspondance entre son conseil, l'intimé en sa qualité d'assureur perte de gain et lui-même.

### **E. 32**

Par courrier du 15 avril 2013, l'intimé, représenté par son conseil, persiste intégralement dans ses conclusions. Selon lui, les nouvelles pièces produites par le recourant sont étrangères à la procédure pendante devant la Cour de céans, dans la mesure où elles le concernent en sa qualité d'assureur perte de gain et non d'assureur-accidents.

### **E. 33**

A la suite de quoi, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ ; RS 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).

A/2712/2012 - 10/17 - Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. A 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. 3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). La décision sur opposition date du 9 juillet 2012 et a été reçue par le conseil du recourant le lendemain, soit le 10 juillet 2012. Etant donné que le délai de recours commence à courir le lendemain de la notification (art. 38 al. 2 et 60 al. 2 LPGA) et qu'il est suspendu du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b et 60 al. 2 LPGA), le recours du 10 septembre 2012, a été formé en temps utile, le dernier jour du délai (art. 39 al. 1 et 60 al. 2 LPGA). En outre, l'acte de recours respecte la forme prescrite par la loi (art. 61 let. b LPGA). 4. Le litige porte sur la question de savoir si l'intimé doit verser des prestations LAA en faveur du recourant au-delà du 27 septembre 2011. En particulier, il s'agit de déterminer s'il existe un lien de causalité entre les lésions au genou gauche et l'accident survenu le 27 juin 2011. 5. 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 ; 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 (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). 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 177 consid. 3.1, 402 consid. 4.3.1, 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 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

A/2712/2012 - 11/17 - 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). Lorsqu'un état maladif préexistant 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 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) (cf. arrêt U 180/93 du 18 juillet 1994 consid. 3b in RAMA 1994 no U 206 p. 328 ; arrêt U 61/91 du 18 décembre 1991 consid. 4b in RAMA 1992 no U 142 p. 75 ss). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine ou 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 (ATF non publié 8C\_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2). 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) sur le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 no U 363 p. 46). Dans ce contexte, il sied encore de relever que 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" ; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb p. 341 ss ; RAMA 1999 no U 341 p. 408 ss, 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. 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. 2.2 et ATF 125 V 460 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

A/2712/2012 - 12/17 - 117 V 359 consid. 5d/bb; ATF non publié U 351/04 du 14 février 2006, consid. 3.2). 6. a) L'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler au sens de l'art. 6 LPGA à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (art. 16 al. 1 LAA). Le droit naît le troisième jour qui suit celui de l'accident; il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA). Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique (art. 6, 1ère phrase, LPGA). Le degré de l'incapacité de travail doit être fixé en tenant compte de la diminution de la productivité de l'assuré dans la profession exercée jusqu'alors, aussi longtemps qu'on ne peut raisonnablement exiger de lui

qu'il mette à profit sa capacité de travail résiduelle dans une autre branche professionnelle (obligation de diminuer le dommage ; ATF 129 V 460 consid. 4.2 p. 463, 114 V 281 consid. 1d p. 283). En revanche, l'estimation médico-théorique de l'incapacité de travail n'est pas déterminante (ATF 111 V 235 consid. 1b, p. 239; ATF 114 V 281 consid. 1c p. 283; cf. également Ueli KIESER, ATSG-Kommentar, 2009, n° 3 ad Art. 6). b) En cas de 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 (ATF U 355/98 du 9 septembre 1999, consid. 2 et la référence, publié in 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 (arrêts G. du 20 décembre 2005, U 359/04, consid. 2 ; B. du 27 octobre 2005, U 389/04, consid. 4.1 ; B. du 30 novembre 2004, U 222/04, consid. 1.3 et les références). 7. a) 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).

A/2712/2012 - 13/17 - 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 LPGA), 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. A 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 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). Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). 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. cc). 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. A 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

A/2712/2012 - 14/17 - vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF non publié 9C\_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2). 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). b) Enfin, 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 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). 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 (RS 101 - Cst ; 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). 8. En l'espèce, la décision litigieuse repose principalement sur l'expertise du 28 janvier 2012 réalisée par le Dr F\_\_\_\_\_, dont le recourant conteste l'impartialité. L'expert a posé le diagnostic principal suivant : une entorse bénigne du genou gauche survenue le 27 juin 2011. Il a en outre établi les diagnostics complémentaires suivants : un état après entorse du genou gauche à la charge du ligament latéral interne, un état après ménisectomie interne du genou gauche, une probable instabilité externe de la cheville gauche, une chondropathie rotulienne interne, une arthrose facettaire L5-S1 gauche et débutant en L4-L5, un probable début de coxarthrose gauche, une possible maladie de Haglund oligosymptomatique bilatérale, un début de déformation en griffe des orteils externes et un probable syndrome d'aggravation psychogène. Il a relevé que les douleurs causées par le genou gauche telles que décrites par le recourant ne pouvaient être expliquées médicalement. Quant à la boiterie, elle avait parfois une connotation théâtrale et ne permettait pas de constater un déficit d'importance. Les examens du recourant réalisés depuis 2006 mettaient en lumière un état dégénératif du genou, du bassin et de la colonne lombaire, sans lien avec la chute du 27 juin 2011. L'état de

santé du

A/2712/2012 - 15/17 - recourant était ainsi le résultat exclusif de l'évolution de la situation dégénérative préexistante, l'accident du 27 juin 2011 ayant simplement décompensé temporairement un état antérieur sans causer de lésions structurelles. Compte tenu de ces éléments et selon la probabilité prépondérante, le statu quo sine avait été rétabli bien avant le 22 décembre 2012. L'état dégénératif dont souffrait le recourant induisait bien des limitations fonctionnelles, toutefois compatibles avec la reprise de son activité de cuisinier à plein temps et sans limitation de rendement. Enfin, le Dr F\_\_\_\_\_ a ajouté que, selon toute vraisemblance, l'évolution de l'état dégénératif conduirait à terme à une incapacité de travail, étant une fois encore précisé que l'accident du 27 juin 2011 n'avait et n'aurait aucune influence sur les troubles somatiques du recourant. Sur la base de cette expertise, le Dr K\_\_\_\_\_, médecin-conseil de l'intimé, a retenu que le statu quo sine avait été atteint dès le 27 septembre 2011, dernier jour du droit aux prestations de l'assurance-accidents selon l'intimé. Bien que le Dr K\_\_\_\_\_ n'expose pas les raisons qui l'ont conduit à retenir cette date, il ressort du dossier qu'elle correspond au jour où le Dr E\_\_\_\_\_ a rendu son rapport, dans lequel il avait retenu que la capacité de travail du recourant était totale. La Cour de céans constate que l'expertise du Dr F\_\_\_\_\_ est en tous points conforme aux réquisits jurisprudentiels relatifs à la valeur probante. Elle se fonde en effet sur un examen clinique du recourant, sur l'étude de son dossier médical, relate ses plaintes, contient un anamnèse complète, des diagnostics clairs et des conclusions motivées. L'appréciation du Dr F\_\_\_\_\_ permet de comprendre les causes des douleurs et leurs conséquences à court, moyen et long terme. Les résultats des IRM figurant au dossier, de même que les constatations du Dr E\_\_\_\_\_ corroborent son appréciation de l'état de santé du recourant, lequel souffre d'états dégénératifs de la colonne lombaire, du bassin et du genou gauche, antérieurs et sans lien avec l'accident du 27 juin 2011. Il convient d'ailleurs de relever que rien au dossier ne permet de remettre en cause les conclusions de l'expertise. En effet, les différents rapports soumis à la Cour de céans, y compris ceux du Dr B\_\_\_\_\_, ne font état d'aucun élément objectivement vérifiable qui auraient été ignorés par l'expert et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause ses conclusions, étant précisé que, faute d'une motivation suffisante, ces rapports ne peuvent se voir reconnaître une valeur probante. Ainsi, eu égard au rapport convainquant du Dr F\_\_\_\_\_, il n'a pu être établi, au regard de la vraisemblance prépondérante, que les atteintes à la santé qui affectent le recourant sont en lien de causalité avec l'accident survenu le 27 juin 2011, ce d'autant moins qu'il apparaît que celui-ci a subi plusieurs lésions au genou gauche par le passé ayant conduit à l'état dégénératif dont il souffre, et que sur la base de son comportement, aux dires-mêmes du Dr E\_\_\_\_\_, chez qui il s'est rendu sur conseil de son médecin traitant, on ne peut exclure une certaine

A/2712/2012 - 16/17 - exagération des symptômes et des douleurs ressenties. Rappelons également que lors de sa chute du 27 juin 2011, le recourant n'a subi aucun impact direct sur son genou gauche. Partant, à défaut d'un lien de causalité établi au degré de la vraisemblance prépondérante entre les troubles du recourant et l'événement accidentel du 27 juin 2011, celui-ci ne peut prétendre à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 27 septembre 2011. Même si l'on devait considérer que le statu quo sine a été atteint ultérieurement, faute de motivation de la part du Dr K\_\_\_\_\_, force est toutefois de constater que l'expert a retenu que ce statu avait été atteint "bien avant" l'examen clinique du 22 décembre 2011, et que le recourant a perçu les prestations de l'assurance-accidents

auxquelles il prétend dans la présente procédure jusqu'au 31 janvier 2012, soit plus de quatre mois après la fin de son droit et plus d'un mois après l'examen du Dr F \_\_\_\_\_, de sorte qu'il n'a plus de prétentions à faire valoir de ce chef. Dès lors que les diagnostics retenus par l'expert sont clairs, que son expertise a pleine valeur probante, que la question du lien de causalité naturelle peut être tranchée en l'état du dossier et que le recourant a fait valoir sa position quant à la décision querellée et aux rapports sur lesquels se fonde l'intimé de manière complète et détaillée, il apparaît inutile d'administrer d'autres preuves, soit en l'espèce d'ordonner une comparution personnelle des parties et la mise en œuvre d'une expertise judiciaire comme le sollicite le recourant. A la lumière des principes jurisprudentiels exposés précédemment, la remise en cause de l'impartialité de l'expert en raison du simple fait que l'expertise du Dr F \_\_\_\_\_ a été réalisée à la demande de l'intimé ne saurait conduire la Cour de céans à ordonner la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. La Cour de céans relève encore que si elle nie l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'état de santé du recourant et l'accident du 27 juin 2011, elle ne remet pas en question l'existence d'une atteinte à la santé, par ailleurs confirmée par l'expertise du Dr F \_\_\_\_\_, notamment. Elle a uniquement considéré que les troubles dont souffrait le recourant n'étaient plus consécutifs à l'événement assuré et qu'ils relevaient d'une maladie qui n'était pas à la charge de l'intimée en sa qualité d'assureur-accidents. Il appartiendra au recourant de faire valoir ses prétentions auprès des assurances et autorités compétentes, ce qui, au vu des documents transmis à la Cour de céans par celui-ci dans le cadre de sa réplique, semble déjà être le cas. 9. Au vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté. 10. La procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA et 89H al. 1 LPA).

A/2712/2012 - 17/17 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES  
SOCIALES : Statuant A la forme :

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