

## GE\_GERICHTE A/1069/2013 vom 11. September 2013

GE Cour de justice, 2013-09-11, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_1069\\_2013](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1069_2013)

FR: GE\_GERICHTE A/1069/2013 du 11 septembre 2013

IT: GE\_GERICHTE A/1069/2013 del 11 settembre 2013

### Erwägungen

#### E. 5

ème Chambre En la cause Monsieur P \_\_\_\_\_, domicilié à GENEVE recourant contre AXA ASSURANCES SA, Direction générale, sise chemin de Primerose 11, LAUSANNE intimée EN FAIT 1. Monsieur P \_\_\_\_\_, né en 1982, travaille auprès de X \_\_\_\_\_ SA et est à ce titre assuré auprès d'AXA WINTERTHUR (ci-après: assureur-accidents, puis l'intimée) contre le risque d'accidents professionnels et non professionnels. 2. Le 27 septembre 2011, il a annoncé à l'assureur-accidents un accident survenu le 25 septembre 2011, en chutant avec un wakeboard et percutant un rail avec le genou. L'assuré a déclaré avoir ressenti une vive douleur dès l'impact, l'obligeant à arrêter immédiatement l'entraînement. La forte douleur s'étant amplifiée, il s'était rendu le lendemain aux Urgences de l'Hôpital de La Tour, où des examens radiologiques ont été effectués. Le médecin lui avait par ailleurs prescrit des antidouleurs et anti-inflammatoires, ainsi que posé une attelle. En outre, l'assuré a indiqué que le genou était enflé et que l'origine de la vive douleur ne pouvait pas être déterminée aux Urgences. 3. Le 11 novembre 2011, l'assuré a consulté le Dr A \_\_\_\_\_, chirurgien aux Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG). Dans son rapport du 15 novembre 2011, ce médecin a noté, dans l'anamnèse, que le patient avait pratiqué de nombreux sports jusqu'à l'an dernier, où il avait présenté progressivement des douleurs du genou droit, associées à des blocages. Sur la base d'une IRM, le Dr A \_\_\_\_\_ a diagnostiqué une volumineuse lésion ostéochondrale du condyle fémoral interne du genou droit. Cet examen avait montré également un fragment libre intra-articulaire dans le compartiment postéro-latéral et sus-patellaire. 4. Le 18 janvier 2012, le Dr A \_\_\_\_\_ a procédé à une arthroscopie diagnostique, à l'ablation de corps libres intra-articulaires, à une toilette articulaire, à une ostéotomie tibiale de valgisation, à un débridement de la lésion ostéochondrale et à une implantation d'une matrice bio-ingénierie. Dans l'anamnèse pré-opératoire est mentionné que le patient souffrait de dérangement du compartiment interne du genou gauche et d'épanchements itératifs depuis plus d'un an, résistant à tous traitements conservateurs. Concernant le compartiment fémoro-tibial interne, il est noté ce qui suit : "Irrégularités cartilagineuses de grade I sur le plateau tibial interne. Ménisque interne : sp. Volumineuse lésion chondrale mesurant 2.5 x 2 cm siégeant en zone de charge environ 20° de flexion jusqu'à 60° de flexion sur le condyle fémoral interne avec 3 zones de lésions de grade IV. Au milieu de la lésion siège un moignon fibro-cartilagineux dont la texture est molle et dégénérative. Les berges sont effilochées et dégénératives. Il existe un gros corps libre intra-articulaire qui siège dans la gouttière interne. Retrait de ce corps libre nécessitant un agrandissement de la voie d'abord antéro-interne." Les constatations du chirurgien concernant le compartiment fémoro-tibial externe sont les suivantes : "Nombreux débris cartilagineux siégeant sous le ménisque latéral qui sont retirés et lavés. On se glisse dans le compartiment postéro-externe où l'on

note la présence d'un autre volumineux corps libre. Voie d'abord arthroscopique postéro-latérale mise en place sous contrôle scopique et retrait difficile en raison de la taille du fragment par cette voie postéro-latérale. Nettoyage de l'échancrure au shaver." 5. Le 28 mars 2012, le médecin de l'Hôpital de La Tour a attesté que l'assuré avait fait une chute en faisant du wakeboard. Il avait posé le diagnostic provisoire de contusion du genou, traitée par une attelle et une décharge avec cannes. Les lésions étaient en lien de causalité avec l'accident et le patient n'avait pas souffert auparavant d'atteintes similaires. Le traitement était terminé.!

6. Répondant le 26 juin 2012 aux questions du médecin-conseil de l'assureur-accidents, le Dr A \_\_\_\_\_ a indiqué que le patient avait été victime d'une chute engendrant une douleur vive du compartiment interne du genou droit. Il avait constaté un épanchement intra-articulaire, une douleur à la palpation de l'interligne fémoro-tibial interne, de signes méniscaux sensibles sans véritables ressauts, une flexion-extension de 120-0-0 et une absence de laxité ligamentaire. Les examens radiologiques mettaient en évidence un morphotype en genu-varum, ainsi qu'une volumineuse lésion ostéochondrale du condyle fémoral interne du genou droit. L'accident était un élément déclenchant, mais il était difficile d'affirmer que l'accident fût la seule cause de la lésion. L'incapacité de travail était de 100 % dès l'opération, de 50 % à partir du 4 juin 2012 et de 0 % dès le 2 juillet 2012.!

7. Dans son rapport du 23 octobre 2012, le Dr B \_\_\_\_\_, médecin-conseil de l'assureur-accidents, a notamment retenu qu'après l'accident, l'assuré avait consulté après une dizaine de jours l'Hôpital de La Tour où un bilan radiologique ne mettait pas en évidence des lésions. La symptomatologie perdurait. Les investigations révélaient une volumineuse lésion ostéochondrale loco classico ancienne. Selon le médecin-conseil, il s'agissait d'une contusion simple du genou avec statu quo sine d'environ six à huit semaines après l'événement. Au-delà de cette période, la lésion antérieure à l'événement, soit la lésion ostéochondrale massive du condyle externe, était la cause exclusive dans l'état pathologique du genou droit.!

8. Par décision du 19 novembre 2012, l'assureur-accidents a refusé ses prestations consécutives à l'accident avec effet rétroactif au 20 novembre 2011, a renoncé à demander la restitution des prestations versées jusqu'alors et a retiré l'effet suspensif à une éventuelle opposition à sa décision. Cette décision était fondée sur l'avis médical de son médecin-conseil précité. !

9. Par courrier du 27 novembre 2012, l'assuré a formé opposition à cette décision, en faisant valoir que les troubles du genou droit étaient survenus lors de son accident de wakeboard du 25 septembre 2011 et qu'il n'avait connu aucun problème articulaire avant cet accident.!

10. Par courrier du 28 novembre 2012, le Dr A \_\_\_\_\_ a informé le médecin-conseil de l'assureur-accidents que le compte-rendu opératoire du 10 février 2012 contenait une erreur dans l'anamnèse pré-opératoire. En effet, le patient souffrait d'épanchements itératifs depuis plus d'un mois et non pas d'une année, puisque le Dr A \_\_\_\_\_ avait vu le patient pour la première fois le 15 novembre 2012 [recte 2011]. Le Dr A \_\_\_\_\_ a par ailleurs fait remarquer que si le patient avait déjà souffert d'une ostéochondrose du condyle fémoral médial avant l'accident, celle-ci pouvait avoir été traumatisée par l'accident dont le mécanisme était parfaitement compatible. Le traumatisme était ainsi responsable de la dissection de l'ostéochondrose et des troubles du patient. Par conséquent, l'accident n'avait pas seulement provoqué une contusion du genou de sorte qu'il appartenait à l'assureur-accidents de prendre en compte le mécanisme lésionnel et ses conséquences.!

11. Par décision du 25 février 2013, l'assureur-accidents a rejeté l'opposition, en se fondant sur l'avis médical de son médecin-conseil, ainsi que la réponse du Dr A \_\_\_\_\_, dans son courrier du 26 juin

2012, selon lequel il était difficile d'affirmer que la lésion ostéocondrale était la conséquence du seul accident. Par ailleurs, le fait que les symptômes douloureux ne s'étaient manifestés qu'après la survenance d'un accident ne permettait pas de retenir, sans autres examens, un rapport de causalité naturelle avec l'accident sur la base du raisonnement post hoc ergo propter hoc .![endif]>![if> 12. Par courrier adressé à l'assureur-accidents et posté le 27 mars 2013, l'assuré s'est opposé à cette décision. Le 2 avril 2013, l'assureur-accidents a transmis cette missive à la Cour de céans, comme objet de sa compétence.![endif]>![if> 13. Dans sa réponse du 15 avril 2013, l'intimée s'en est remis à justice concernant la recevabilité du recours, au vu de son défaut de motivation. Sur le fond, elle a repris ses précédents arguments. Elle a ajouté qu'on ne pouvait se fonder sur l'affirmation du Dr A \_\_\_\_\_, selon laquelle le traumatisme était responsable de la dissection de l'ostéochondrose, vu qu'il s'agissait seulement d'une hypothèse. Par ailleurs, les rapports établis par les médecins traitants jouissaient d'une valeur probante amoindrie.![endif]>![if> 14. Invité par la Cour à motiver son recours, le recourant a conclu le 27 mars 2013 à ce que l'assureur-accidents soit condamné à prendre en charge l'intervention du 18 novembre 2011 et les frais médicaux postérieurs y liés. Il a allégué que son accident avait provoqué un traumatisme au niveau de son genou droit qui l'empêchait de marcher, de sorte qu'il avait dû subir une intervention chirurgicale, afin de rétablir la fonctionnalité du genou. Dès son admission aux Urgences, il avait averti l'intimée et avait pris le soin d'avoir son approbation avant toute dépense durant toute la période de son traitement pré- et postopératoire. L'intimée n'avait opposé aucun refus ni formulé aucune réserve. Bien au contraire, son interlocuteur téléphonique chez l'intimée lui avait assuré que l'assurance prendrait tout en charge. Ce n'était que le 19 novembre 2012 que le recourant avait reçu la décision de refus de prise en charge avec un effet rétroactif de 12 mois. Concernant les faits, le recourant a allégué que l'accident avait provoqué une violente douleur au genou droit qui l'avait empêché de rentrer seul en voiture, de se tenir debout et de dormir, raison pour laquelle, il s'était fait accompagner aux Urgences de l'Hôpital de la Tour le lendemain. Sa jambe avait été immobilisée par une attelle et il ne pouvait se déplacer qu'avec des béquilles. Après que le Dr C \_\_\_\_\_ ait procédé à des examens le 18 octobre et le 2 novembre 2011, il avait été envoyé au Dr D \_\_\_\_\_, chirurgien orthopédique, qui lui avait proposé une intervention en urgence le 21 novembre 2011. En raison du caractère très invasif de l'intervention, le recourant avait demandé un deuxième avis au Dr A \_\_\_\_\_ et c'est ce médecin qui l'a opéré le 18 janvier 2012. Lors de son admission, les HUG avaient contacté l'intimée pour s'assurer qu'elle prendrait en charge l'hospitalisation en division privée et sa réponse avait été positive. A cet égard, le recourant a fait observer qu'il n'était pas assuré en privé pour l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie. Du 18 au 30 janvier 2012, il avait été hospitalisé et, avant chaque achat de matériel de rééducation, l'assuré avait contacté l'intimée, afin de s'assurer qu'elle prendrait en charge les frais y relatifs, ce qui a toujours été le cas. Dix mois après l'intervention, l'intimée l'avait informé qu'elle ne prenait pas en charge le traitement avec effet rétroactif de 12 mois, alors même que le Dr A \_\_\_\_\_ avait clairement confirmé que le traumatisme était responsable de la dissection de l'ostéochondrose et de ses troubles. Le recourant a enfin demandé l'audition de ce dernier médecin, tout en relevant qu'il n'y avait pas une relation de confiance particulière avec celui-ci, dès lors qu'il ne l'avait pas connu avant son accident.![endif]>![if> 15. Dans ses écritures du 6 juin 2013, l'intimée a persisté dans ses conclusions, en maintenant qu'il n'était pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante que l'accident était la condition sine qua non des troubles. Au contraire, le

rapport opératoire faisait état de multiples lésions dégénératives dont l'accident n'était pas responsable. C'étaient les troubles dégénératifs importants qui avaient justifié l'opération du 18 novembre 2012.![endif]>![if> 16. Le 25 juin 2013, l'intimé a transmis à la Cour les garanties données à l'Hôpital de la Tour, puis aux HUG, garanties qui indiquent "sous réserve des renseignements à venir". L'intimée a également transmis copie des notes relatives aux entretiens téléphoniques avec le recourant. ![endif]>![if> 17. Par écriture du 28 juin 2013, le recourant a relevé que, lors de son admission aux HUG, personne ne lui avait fait part des réserves de l'intimée pour l'hospitalisation en division privée.![endif]>![if> 18. Le 3 juillet 2013, le recourant a transmis à la Cour copie du courrier du 29 avril 2013 du Dr A\_\_\_\_\_ à l'intimée. Selon ce médecin, on peut penser que le recourant présentait une ostéochondrose non disséquée du condyle fémoral médial qui ne l'avait jamais gêné avant l'accident. Le patient a pratiqué au cours de sa vie de très nombreuses activités sportives de pivot contact et à impact sans aucune conséquence. Le mécanisme lésionnel de l'accident de septembre 2011 est par ailleurs tout à fait approprié pour générer une lésion ostéochondrale et plus particulièrement disséquer une ostéochondrose du condyle fémoral médial. Le Dr A\_\_\_\_\_ a toutefois admis qu'il y avait la présence sous-jacente de l'ostéochondrose. Il a considéré qu'il était "assez évident" que l'accident avait provoqué la dissection de l'ostéochondrose, de sorte que le lien de causalité était avéré. Par ailleurs, le statu quo ante n'a pas été atteint depuis l'accident. Ainsi, le Dr A\_\_\_\_\_ a jugé nécessaire de réévaluer le dossier et de soumettre éventuellement le recourant à une expertise indépendante. ![endif]>![if> 19. Le 5 juillet 2013, le Dr D\_\_\_\_\_ a communiqué à la Cour que le recourant l'avait consulté pour la première fois le 20 octobre 2011. Le bilan radiologique conventionnel avait alors permis de poser le diagnostic d'ostéochondrite disséquante du condyle fémoral interne droit (de très grande taille avec de nombreux fragments libres). En raison de l'importante gêne fonctionnelle et des douleurs, il avait proposé un traitement chirurgical sous forme d'une arthroscopie plus ou moins arthrotomie pour évacuation des fragments, éventuelle refixation du fragment principal, associée ou non à une greffe de trame cartilagineuse ou des micro-fractures. L'ostéochondrite disséquante était en fait une maladie que le recourant présentait vraisemblablement depuis l'adolescence, puisque ce diagnostic était connu depuis plusieurs années et que le recourant avait été réformé par le service médical de l'armée. Néanmoins cette ostéochondrite semblait stable, le recourant ayant été asymptomatique depuis de nombreuses années. Le traumatisme du 25 septembre 2011 avait donc très vraisemblablement provoqué une déstabilisation des fragments, une migration et donc causé l'ensemble des troubles actuels. ![endif]>![if> 20. Par écriture du 28 juillet 2013, le recourant a relevé que le Dr D\_\_\_\_\_ avait confirmé que l'accident était la cause de ses troubles ayant nécessité l'intervention en cause.![endif]>![if> 21. Par écriture du 6 août 2013, l'intimé a persisté dans ses conclusions, estimant que le raisonnement était uniquement fondé sur le principe post hoc ergo propter hoc , ce qui était insuffisant pour admettre le lien de causalité. Il n'était par ailleurs pas décisif que l'accident eût aussi joué un certain rôle dans l'apparition des troubles. Il ne pouvait être exclu in casu que le dommage se serait produit ultérieurement également sans la survenance de cet accident. Il ne suffisait pas que l'accident ait rendu apparent une lésion préexistante. ![endif]>![if> 22. Sur ce, la cause a été gardée à juger. ![endif]>![if> 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 1 er 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).>[if> Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).>[if> 3. Est litigieuse en l'occurrence la question de la causalité naturelle entre les pathologies constatées au genou droit et l'accident du 25 septembre 2011.>[if> 4. a) L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel (art. 6 al. 1 LAA). Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique ou mentale (art. 2 al. 2 LAMal; art. 9 al. 1 OLAA, dans leur teneur en vigueur au moment de l'événement du 2 septembre 2000; cf. ATF 127 V 466 , consid. 1 p. 467).>[if> b) Un rapport de causalité naturelle (et adéquate) est notamment nécessaire entre l'atteinte à la santé et l'événement accidentel. La condition du rapport de causalité naturelle est remplie lorsque sans l'événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de cette atteinte. Savoir s'il existe un lien de causalité naturelle est une question de fait, généralement d'ordre médical, qui doit être résolue selon la règle du degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1 p. 181, 402 consid. 4.3.1 p. 406; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Vol. XIV [Meyer, édit.], 2ème éd., Bâle, Genève, Munich 2007, no 79 p. 865). A cet égard, la constatation que l'assuré était asymptomatique avant l'accident repose sur le principe "post hoc, ergo propter hoc", lequel est impropre à établir un rapport de cause à effet entre un accident assuré et une atteinte à la santé (ATF 119 V 341 ). c) La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré est propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat apparaissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 181 consid. 3.2, 405 consid. 2.2, 125 V 461 consid. 5a et les références). d) Selon la jurisprudence, si le rapport de causalité avec l'accident est établi selon la vraisemblance requise, l'assureur n'est délié de son obligation d'octroyer des prestations que si l'accident ne constitue plus la cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé. De même que pour l'établissement du lien de causalité naturelle fondant le droit à des prestations, la disparition du caractère causal de l'accident eu égard à l'atteinte à la santé de l'assuré doit être établie au degré habituel de la vraisemblance prépondérante requis en matière d'assurances sociales. La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit pas. Dès lors qu'il s'agit dans ce contexte de la suppression du droit à des prestations, le fardeau de la preuve n'appartient pas à l'assuré mais à l'assureur (ATFA non publié du 7 juillet 2004 en la cause U 179/03 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2). e) En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. 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 même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine ; cf. RAMA 1992 no U 142 p. 75 consid. 4b; Frésard/Moser-Szeless, op. cit., no 80 p. 865). 5. Le juge des assurances sociales apprécie librement les preuves (art. 61 let. c LPGA; art. 95 al. 2 OJ, en relation avec les art. 113 et 132 OJ). Mais si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. 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 352 consid. 3a).!> L'autorité administrative ou le juge ne doivent considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème édition, Berne 1984, p. 136 ; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème éd., p. 278, ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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 121 V 47 consid. 2a, 208 consid. 6b et la référence). 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 (RAMA 1999 n° U 349, p. 478 consid. 2b ; ATFA non publié du 25 juillet 2002 en la cause U 287/01).

6. En l'occurrence, les avis des Dr A\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_ d'une part et du Dr B\_\_\_\_\_ d'autre part divergent sur la question du lien de causalité entre les pathologies au genou droit et l'accident du 25 septembre 2011. En effet, selon le Dr A\_\_\_\_\_ l'accident n'a pas seulement provoqué une contusion du genou, mais est responsable de la dissection de l'ostéochondrose (cf. son courrier du 28 novembre 2012). Le 29 avril 2013, il a par ailleurs affirmé que le lien de causalité était avéré. Quant au Dr D\_\_\_\_\_, il a attesté le 5 juillet 2013 que le traumatisme du 25 septembre 2011 a très vraisemblablement provoqué une déstabilisation des fragments, une migration et donc causé l'ensemble des troubles actuels. Cela étant, on était en présence d'une maladie préexistante que l'accident avait décompensée.!> Le Dr B\_\_\_\_\_, a toutefois nié tout lien de causalité entre les atteintes au genou et l'accident, six à huit semaines après cet évènement. Il convient cependant d'admettre qu'il est parti d'une prémisse erronée, dans la mesure où il a retenu que le recourant n'avait consulté l'Hôpital de la Tour qu'après une dizaine de jours, alors que, selon celui-ci, il s'y est rendu le lendemain de son accident. Par ailleurs, au vu de la manifestation immédiate des douleurs très importantes et du blocage du genou après l'accident, l'hypothèse retenue du Dr A\_\_\_\_\_, selon laquelle le traumatisme était responsable de la dissection de l'ostéochondrose, paraît a priori vraisemblable. Néanmoins, dans la mesure où le Dr D\_\_\_\_\_ semble avoir un avis divergent, dès lors qu'il retient une ostéochondrite disséquante et donc une dissection préexistante à l'accident, l'évaluation du Dr A\_\_\_\_\_ ne peut être retenue sans autre. Cela étant, il s'avère que l'instruction

du dossier est lacunaire et qu'il est nécessaire de la compléter par une expertise indépendante. Il sied dès lors de renvoyer la cause à l'intimée, afin qu'elle procède à une telle expertise. 7. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour procéder à une expertise. 8. La procédure est principe gratuite, sauf pour la partie qui agit de manière téméraire ou témoigne de légèreté (art. 89H al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 – RS E 5 10). En l'espèce, l'intimée n'a pas transmis à la Cour le dossier complet du recourant, alors même qu'elle avait été invitée expressément à le faire par courrier du 12 juin 2013. Au contraire, il s'avère que l'intimée a retenu une pièce importante, à savoir le courrier que lui a adressé le 29 avril 2013 le Dr A\_\_\_\_\_. Cela étant, il y a lieu de la condamner à un émolument de justice de 1'000 fr. **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.