

GE_GERICHTE A/643/2014 vom 17. November 2014

GE Cour de justice, 2014-11-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_643_2014

FR: GE_GERICHTE A/643/2014 du 17 novembre 2014

IT: GE_GERICHTE A/643/2014 del 17 novembre 2014

Erwägungen

E. 10

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à

BELLEGARDE-SUR-VALSERINE, FRANCE recourant contre AXA WINTERTHUR, Sinistres Suisse romande, sise chemin de Primerose 11, LAUSANNE intimée EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré ou le recourant), né le _____ 1987, travaille en qualité d'agent de sécurité pour B_____ SA (ci-après l'employeur) depuis le 1^{er} novembre 2012. A ce titre, il est assuré auprès d'Axa Winterthur (ci-après l'assurance ou l'intimée) contre le risque d'accidents professionnels et non professionnels. ![endif]>![if>

2. En date du 14 décembre 2012, l'assuré a été victime d'un accident de la circulation. Selon la déclaration de sinistre, il a perdu le contrôle de son véhicule et a heurté les barrières de sécurité au bord de la route. ![endif]>![if> 3. Consultée le jour même, la doctoresse C_____, médecin praticienne à Bellegarde-sur-Valserine, France, a constaté des douleurs dorsales et une limitation de la flexion du tronc, après un choc frontal en voiture. Elle a attesté d'une totale incapacité de travail jusqu'au 6 janvier 2013. ![endif]>![if> 4. Par rapport adressé à l'assurance le 22 janvier 2013, la Dresse C_____ a retenu le diagnostic de lombalgies et indiqué qu'un bilan radiologique avait mis en évidence un antélisthésis de L5 et un pincement des disques L4-L5 et L5-S1. Elle a répondu par l'affirmative à la question de savoir si l'assuré avait déjà souffert auparavant d'atteintes similaires, et mentionné que le traitement antalgique et anti-inflammatoire était terminé depuis la reprise de travail, soit le 7 janvier 2013. ![endif]>![if> 5. L'employeur a annoncé un second sinistre, survenu le 6 août 2013, au cours duquel l'assuré s'était bloqué le dos en sortant un bagage d'un fourgon. ![endif]>![if> 6. Par rapport du 7 août 2013, la Dresse C_____ (ci-après: le médecin-traitant) a constaté des douleurs dorsales et attesté d'une incapacité de travail suite à l'accident de la veille. ![endif]>![if> 7. En date du 12 août 2013, le médecin-traitant a observé une nette amélioration et mis fin à l'arrêt de travail à partir du lendemain, avant de signaler, le 14 août 2013, une rechute des douleurs dorsales et une nouvelle incapacité de travail. ![endif]>![if> 8. Dans un nouveau rapport du 19 août 2013, elle a indiqué à l'assurance que les douleurs dorsales suite à l'événement du 6 août 2013 étaient guéries et que l'assuré pouvait reprendre son activité professionnelle dès le 20 août 2013. ![endif]>![if> 9. Invité par l'assurance à préciser les circonstances du second sinistre, l'assuré a déclaré, en octobre 2013, qu'il avait ressenti une douleur dans le dos (décharge électrique) au moment de charger une grosse valise dans un véhicule. L'intensité de la douleur avait progressivement augmenté au cours de la journée et il avait prévenu son employeur qu'il consulterait son médecin-traitant le lendemain. Aucun événement extraordinaire ou contretemps, tels qu'un coup, une chute, une glissade ou un choc ne s'était produit, et il avait terminé sa journée de travail. ![endif]>![if> 10. Les 3 et 7 octobre 2013, la Dresse C_____ a signé des avis d'arrêt de travail du 3 au 13 octobre 2013 en raison de lombalgies. ![endif]>![if> 11. Par rapport du 7 octobre 2013, elle a confirmé

à l'assurance que le traitement en lien avec le sinistre du 6 août 2013 était terminé depuis le 20 août 2013. Elle a notamment rappelé son diagnostic de lombalgies et ses constatations d'impotence fonctionnelle du rachis, ainsi que des antélisthésis de L5 et un pincement des disques L4-L5 et L5-S1. A titre d'antécédent, elle a mentionné l'événement accidentel de décembre 2012.![endif]>![if> 12. En date du 14 octobre 2013, le docteur D_____, médecin à Aix-les-Bains, France, a rendu deux rapports attestant d'une incapacité de travail jusqu'au 17 novembre 2013 en raison de lombalgies. Dans l'un des documents, il a fait état d'une rechute suite au sinistre du 6 août 2013 et dans le second, d'une rechute suite à l'accident du 14 décembre 2012.![endif]>![if> 13. Par décision du 22 octobre 2013, l'assurance a considéré que l'événement du 6 août 2013 ne donnait pas droit à des prestations au titre de l'assurance-accidents obligatoire, faute d'avoir été causé par un facteur extérieur extraordinaire. En outre, le diagnostic retenu ne relevait pas d'une lésion assimilée à un accident.![endif]>![if> 14. Le 29 octobre 2013, l'assuré a contesté la décision précitée et invoqué que les événements des 6 août et 14 octobre 2013 étaient des suites de l'accident du

E. 14

décembre 2012. ![endif]>![if> 15. Par rapport du 12 novembre 2013, le Dr D_____ a diagnostiqué une lombosciatique droite en lien avec le premier sinistre. Il a attesté d'une totale incapacité de travail du 14 octobre au 31 décembre 2013.![endif]>![if> 16. Le docteur E_____, médecin à Chambéry, France, a rendu un rapport le 2 décembre 2013 relatif à un scanner lombaire. Cet examen avait mis en évidence, en L5-S1, une lyse isthmique bilatérale occasionnant un antélisthésis de stade 1, ainsi qu'une sténose foraminale bilatérale prédominant à gauche.![endif]>![if> 17. En date du 23 décembre 2013, le docteur F_____, radiologiste à Saint-Martin-d'Hères, France, a relaté qu'une arthrographie des massifs postérieurs droits L4-L5 et L5-S1 et une épидurographie postéro-latérale droite L5 avaient été réalisées.![endif]>![if> 18. Le 24 décembre 2013, le Dr D_____ a prolongé l'incapacité de travail jusqu'au 31 janvier 2014.![endif]>![if> 19. Par décision sur opposition du 30 janvier 2014, l'assurance a rejeté l'opposition de l'assuré, maintenant, d'une part, que l'événement du 6 août 2013 ne constituait pas un accident et considérant, d'autre part, qu'il n'existait pas de rechute de l'accident du 14 décembre 2012, les troubles actuels résultant d'un état dégénératif préexistant. Elle a rappelé à cet égard que le médecin-traitant avait précisé que l'assuré présentait des troubles dorsaux préexistants au premier accident, de sorte que les atteintes actuelles étaient dues à cet état dégénératif.![endif]>![if> 20. En date du 31 janvier 2014, la Dresse C_____ a signalé une fracture de L5 en cours de surveillance et reconduit l'arrêt de travail jusqu'au 28 février 2014.![endif]>![if> 21. Le 26 février 2014, le Dr D_____ a constaté des lombosciatalgies droites en lien avec l'événement de décembre 2012 et prolongé l'incapacité de travail jusqu'au 30 avril 2014.![endif]>![if> 22. Par acte du 28 février 2014, l'assuré a interjeté recours contre la décision sur opposition du 30 janvier 2014, invoquant qu'il n'avait jamais présenté de telles douleurs dorsales avant son accident du 14 décembre 2012 et que son problème avait été diagnostiqué tardivement, soit le 14 octobre 2013. Il a allégué avoir été « plâtré pour une durée de cinq semaines » le 14 octobre 2013 et a sollicité la mise en œuvre d'une expertise médicale.![endif]>![if> 23. Dans sa réponse du 25 mars 2014, l'intimée a conclu au rejet du recours. Après avoir relevé que le recourant ne soutenait plus avoir été victime d'un accident en août 2013, elle a contesté l'existence d'un lien de causalité entre le premier sinistre et l'état pathologique qui s'était à nouveau manifesté. Elle a soutenu en substance que le recourant souffrait de troubles dégénératifs

préexistants, à savoir une lyse isthmique L5-S1 occasionnant un antélisthésis de stade 1. Cet antélisthésis s'était aggravé après l'accident « avec l'apparition de troubles dégénératifs pendant une courte durée avant d'être réactivé par l'événement » du 6 août 2013.![endif]>![if> 24. Par rapport du 3 juin 2014 adressé à la chambre de céans, le Dr D_____ a mentionné l' « absence d'antécédent en relation avec les lésions présentées » par le recourant, ajoutant que ce dernier n'avait jamais souffert de rachialgies avant l'accident de décembre 2012. Un bilan radiologique avait été réalisé le

E. 17

septembre 2013 et avait mis en évidence une spondylolisthésis L5-S1 de grade 1, ainsi qu'une rectitude sagittale dorsale et lombaire, et une petite scoliose à double courbure. Il a précisé avoir établi un certificat de rechute d'accident le 14 octobre 2013 suite à l'événement d'août 2013, puis, suite à une discussion avec le recourant, avoir reporté cette rechute au premier sinistre. Une reprise de l'activité professionnelle avait été possible à temps partiel à partir du 1^{er} mai 2014. Il a conclu que la rechute du 14 octobre 2013 concernait les lésions rachidiennes imputables à l'accident du 14 décembre 2012, celui du 6 août 2013 n'étant lui-même qu'une rechute du premier sinistre.![endif]>![if> 25. Par courrier du 19 juillet 2014, le recourant a déclaré ne pas avoir d'observations à formuler quant au rapport médical du Dr D_____![endif]>![if> 26. Dans sa duplique du 31 juillet 2014, l'intimée a persisté dans ses conclusions et invoqué que le rapport du médecin-traitant, entaché de partialité, n'était étayé par aucune constatation médicale ou scientifique. Elle a notamment souligné que le Dr D_____ n'avait été consulté par le recourant qu'en octobre 2013 et que son rapport ne reposait que sur les déclarations de son patient. En outre, l'appréciation selon laquelle le recourant ne présentait pas d'antécédent était contredite par le rapport du 22 janvier 2013 de la Dresse C_____. ![endif]>![if> 27. Copie de ces écritures ont été transmises aux parties le 4 août 2014.![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/GE 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).![endif]>![if> 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.![endif]>![if> Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA ; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). 3. En application de l'art. 60 LPGA, le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours. ![endif]>![if> Adressé par pli postal le 28 février 2014, le recours contre la décision de l'intimée du 30 janvier 2014 intervient en temps utile. Le recours est donc recevable, car interjeté au surplus en la forme prévue par la loi (art. 56ss LPGA). 4. L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui – dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision – constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours

ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 414 consid. 1b et 2 et les références citées). En l'espèce, le recourant ne fait plus grief à l'intimée d'avoir dénié tout caractère accidentel à l'événement du 6 août 2013. Par conséquent, le litige porte uniquement sur le point de savoir si l'intimée était fondée, par sa décision sur opposition du 30 janvier 2014, à nier l'existence d'une rechute en lien avec l'événement accidentel du 14 décembre 2012. 5. 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). 6. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose notamment, 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. 7. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être 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 129 V 402 consid. 4.3). L'admission d'un rapport de causalité naturelle entre une atteinte à la santé et un accident assuré n'implique pas que cet accident soit une cause prépondérante ou exclusive de l'atteinte à la santé, ni qu'il en soit une cause directe ; il suffit que l'accident ait contribué, avec d'autres facteurs, à la survenance de l'atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 8C_433/2008 du 11 mars 2009). Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc» ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. 7. 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 1994 n° U 206 p. 326 consid. 3b ; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli,

l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident. En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (statu quo ante ou statu quo sine) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b ; ATF 125 V 195 consid. 2 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46). 8. La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également versées en cas de rechutes ou de séquelles (art. 11 OLAA). Selon la jurisprudence, il y a rechute lorsqu'une atteinte présumée guérie récidive, de sorte qu'elle conduit à un traitement médical ou à une (nouvelle) incapacité de travail. En revanche, on parle de séquelles ou de suites tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent. Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 296 consid. 2c et les références ; RAMA 1994 n° U 206 p. 327 consid. 2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 80/05 du 18 novembre 2005). En cas de rechute ou de séquelle tardive, l'obligation de l'assureur-accidents de répondre de la nouvelle atteinte à la santé n'est pas donnée du seul fait que l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'atteinte initiale et un accident a été reconnue. Il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'accident (REAS 2002 p. 307). Les conséquences de l'absence de preuve d'un tel lien doivent être supportées par l'assuré qui requiert des prestations de l'assurance-accidents pour ladite atteinte (RAMA 1994 n. U 206 p. 328 consid. 3b ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 192/06 du 10 avril 2007 consid. 3.3). Plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, et plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (RAMA 1997 n. U 275 p. 191 consid. 1c ; cf également arrêt du Tribunal fédéral 8C_796/2013 du 30 septembre 2014 consid. 3.2). 9. 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). 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. 10. Le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas

(ATF 117 V 283 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3).! [endif]>![if> Selon la jurisprudence, le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206). Au vu de la dernière précision de jurisprudence (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3), valable également dans le domaine de l'assurance-accidents (ATF 138 V 318 consid. 6.1.3), le Tribunal cantonal doit en principe mettre en œuvre lui-même une expertise judiciaire lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante. Toutefois, un renvoi à l'administration reste possible quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici. En outre, le Tribunal cantonal est toujours libre de renvoyer la cause à l'administration quand il s'agit simplement de demander une clarification, une précision ou un complément d'expertise (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV Nr. 49 p. 151 consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_646/2010 du 23 février 2011 consid. 4). 11. En l'occurrence, il s'agit de déterminer si les plaintes signalées par le recourant à partir du mois d'octobre 2013 peuvent être mises en relation de causalité avec l'accident du 14 décembre 2012. ! [endif]>![if> L'intimée a retenu, à l'appui de la décision litigieuse, que le recourant présentait des troubles dégénératifs préexistants, sous la forme d'une lyse isthmique L5-S1 occasionnant un antélisthésis de stade 1, lesquels s'étaient aggravés suite à l'accident du 14 décembre 2012. Le recourant quant à lui soutient n'avoir jamais souffert de telles douleurs dorsales avant le premier sinistre. La chambre de céans relève en premier lieu que les pièces produites dans le cadre de la présente procédure ne permettent pas de retenir un diagnostic à l'origine des plaintes du recourant. Elle rappelle à cet égard que la Dresse C_____ a signalé l'existence d'une « fracture de L5 » (rapport du 31 janvier 2014), alors que le Dr D_____ a uniquement mentionné une « lombosciatique » et des « lésions rachidiennes » (rapport du 3 juin 2014), sans se prononcer sur l'appréciation de sa consœur. Il est donc impossible de savoir s'il s'en est volontairement distancé et, le cas échéant, pour quelle raison. En outre, le recourant a allégué avoir été « plâtré » durant cinq semaines en automne 2013, mais aucun des médecins consultés n'a fait état d'un tel traitement, de sorte que les causes d'une éventuelle immobilisation sont inconnues. En second lieu, la chambre de céans constate que les allégations de l'intimée relatives à l'existence de troubles dégénératifs préexistants ne sont étayées par aucune pièce du dossier. En effet, si la Dresse C_____ a effectivement indiqué, dans son rapport du 22 janvier 2013, qu'un bilan radiologique - dont les rapports n'ont pas été produits par les parties - avait mis en évidence un antélisthésis de L5 et un pincement des disques L4-L5 et L5-S1, elle n'a pas précisé la date à laquelle ces radiographies avaient été réalisées ni si elles permettaient de conclure que lesdits diagnostics étaient antérieurs au traumatisme de décembre 2012. On ne saurait donc déduire de ce document que la lyse isthmique et l'antélisthésis seraient des troubles dégénératifs préexistants. Par ailleurs, le simple fait que le médecin-traitant ait répondu positivement à la question de savoir si le recourant avait déjà souffert préalablement d'atteintes similaires à la santé, à savoir de lombalgies et de douleurs dorsales, ne suffit pas pour retenir l'existence d'un état maladif antérieur. S'agissant du rapport rédigé par le Dr E_____ le 2 décembre 2013, il ne permet pas non plus de conclure que la lyse isthmique et la sténose foraminale diagnostiquées suite au scanner lombaire - dont la date de l'examen n'est pas indiquée -, relèvent d'un état maladif préexistant, faute d'une quelconque

précision à cet égard. Force est donc de conclure que les pièces médicales qui figurent au dossier sont insuffisantes pour se déterminer, d'une part, sur la question du lien de causalité entre les plaintes actuelles du recourant annoncées en tant que rechute et l'atteinte à la santé causée à l'époque de l'accident du 14 décembre 2012. D'autre part, elles ne permettent pas de se prononcer sur l'existence d'un éventuel état maladif préexistant comme le prétend l'intimée. Dans ces conditions, cette dernière aurait dû demander des informations complémentaires aux médecins du recourant et, au besoin, solliciter l'avis de son médecin-conseil, voire mettre en œuvre une expertise. 12. Vu l'état actuel du dossier, la chambre de céans n'est pas en mesure de trancher le litige. A défaut d'instruction suffisante, il se justifie de renvoyer la cause à l'intimée afin qu'elle procède à de plus amples investigations. 13. Partant, le recours est partiellement admis, la décision de l'intimée annulée et la cause lui est renvoyée pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA ; art. 89H LPA). **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.