

GE_GERICHTE ATAS/377/2013 vom 29. April 2013

GE Cour de justice, 2013-04-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_377_2013

FR: GE_GERICHTE ATAS/377/2013 du 29 avril 2013

IT: GE_GERICHTE ATAS/377/2013 del 29 aprile 2013

Erwägungen

E. 29

L'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE en date du 12 juillet 2011.

E. 30

Par courrier du 17 août 2011, l'assurée a été convoquée à la CRR pour un séjour débutant le 23 août 2011.

E. 31

Le 19 août 2011, l'assurée a informé la SUVA qu'elle n'était pas en mesure de s'organiser jusqu'au 23 août 2011, ayant notamment un enfant à charge.

E. 32

Le même jour, la CRR a déclaré à la SUVA qu'elle était surprise par le refus de l'assurée, dès lors que cette dernière lui avait indiqué qu'elle serait disponible dès le 15 août 2011. De plus, l'assurée lui avait précisé que dans la mesure où elle avait un enfant à charge, un tel séjour n'était pas envisageable.

E. 33

Par courrier du 22 août 2011, l'assurée a informé l'assurance, sous la plume de son Conseil, qu'elle avait reçu la convocation à trop bref délai et qu'elle ne pouvait pas s'absenter pour un séjour aussi long à si brève échéance. De plus, elle rappelait qu'elle travaillait à 50% afin de pouvoir s'occuper de son enfant de huit ans, le père travaillant à plein temps comme enseignant. Or, selon la loi, elle ne devait se soumettre à des examens médicaux qui si ceux-ci étaient nécessaires à l'appréciation du cas et pouvait être raisonnablement exigés. S'agissant de l'appréciation de son cas, elle estimait que ses maux de dos devaient faire l'objet d'une expertise pluridisciplinaire. De plus, elle considérait qu'on ne pouvait raisonnablement exiger d'elle qu'elle se soumit à un séjour de réadaptation indéterminé (de trois à quatre semaines) alors même qu'elle ne travaillait qu'à 50% pour des raisons familiales, avec des conditions de travail lui permettant de s'occuper de sa famille. Cela étant, elle ne s'opposait pas à un séjour de réadaptation, celui-ci devant toutefois être adapté à sa situation familiale, en étant notamment fractionné en trois fois une semaine.

E. 34

Le 2 septembre 2011, le Dr O_____ a procédé à une appréciation médicale du cas de l'assurée. Il a notamment considéré, au vu des pièces complémentaires communiquées (soit les pièces en lien avec le séjour annulé à la CRR) qu'à plus de 9 mois de l'accident et en l'absence de lésion radiologiques objectivables, les effets délétères de l'événement assuré étaient éteints et ce définitivement.

E. 35

Par décision du 7 septembre 2011, la SUVA a mis un terme à ses prestations avec effet au 15 septembre 2011, considérant que l'accident du 26 novembre 2010 ne jouait plus aucun rôle dans les troubles que l'assurée présentait encore. Par conséquent, les troubles de la colonne cervicale qui déterminaient encore une incapacité de travail et pour lesquels des soins ultérieurs étaient éventuellement nécessaires, n'engageaient plus sa responsabilité, dès lors qu'ils n'étaient plus en relation de causalité avec l'accident assuré. Partant, à cette date, les conséquences délétères de l'accident du 26 novembre 2010 étaient éteintes. Cette décision a également été notifiée à ASSURA, l'assurance-maladie de l'assurée, et à LA BALOISE ASSURANCES, l'assurance-perte de gain de l'ex- employeur.

E. 36

Par communication du 30 septembre 2011, l'OAI a mis l'assurée au bénéfice de mesures d'intervention précoce consistant en la participation active à raison de 8 à 10 séances à la mesure « prendre soin de soi, deuil et résilience » organisée du 3 octobre au 30 novembre 2011.

E. 37

Le 12 octobre 2011, l'assurée s'est opposée à la décision du 7 septembre 2011 concluant, sous la plume de son Conseil, à son annulation et au paiement rétroactif des indemnités journalières et des soins médicaux avec effet au 15 septembre 2011. A l'appui de son opposition, l'assurée contestait le fait que ses troubles de la santé ne fussent plus en relation de causalité avec l'accident du 26 novembre 2010, relevant qu'avant l'accident, elle n'avait pas de douleurs au dos. Elle contestait également les difficultés familiales majeures dont il était fait état dans le rapport du Dr O _____ du 14 avril 2011. En réalité, elle se sentait limitée depuis l'accident, tant dans sa capacité de travail que dans ses tâches ménagères et son rôle de mère. Cette situation d'impotence - sans que l'on puisse parler de surcharge psychogène - avait une certaine influence sur ses troubles au niveau du dos. S'agissant du séjour à la CRR, elle rappelait que le délai de convocation avait été trop bref pour qu'elle pût organiser une absence aussi longue en si peu de temps mais elle ne s'opposait pas à un tel séjour. A ce sujet, elle ne savait pas si le séjour proposé avait le but d'un traitement médical (ce qui justifierait un séjour de trois à quatre semaines) ou plutôt celui d'une expertise pluridisciplinaire. Partant, le reproche de l'absence de collaboration était mal fondé.

E. 38

Par courriers des 20 décembre 2011 et 3 janvier 2012, l'assurée a sollicité un décompte détaillé des prestations de la SUVA.

E. 39

Dans un courrier du 19 janvier 2012, la SUVA a tout d'abord expliqué à l'assurée que le séjour à la CRR avait pour but d'explorer de façon plus approfondie la situation dans la mesure où les examens radiologiques pratiqués n'avaient pas permis de mettre en évidence de lésion structurelle pouvant être mise en rapport de causalité avec l'accident du 26 novembre 2010. Après avoir cité les dispositions

A/3768/2012 - 9/25 - légales pertinentes, l'assurance a imparti un délai de 15 jours à l'assurée pour qu'elle lui indiquât si elle était disposée à se soumettre à l'examen prévu. En l'absence de nouvelles dans le délai imparti, l'assurance considérerait alors qu'elle persistait dans son refus de collaborer, de sorte qu'une décision conformément aux dispositions citées (décision rendue en l'état du dossier ou clôture de l'instruction et non entrée en matière) serait rendue.

E. 40

Par courrier du 24 janvier 2012, l'assurée a rappelé qu'elle ne s'opposait pas à un séjour à la CRR mais qu'elle avait proposé de le fractionner en trois fois par (recte une) semaine. Elle ne comprenait dès lors pas pour quel motif un refus de collaborer lui était reproché. Elle relevait également qu'il n'était pas raisonnable d'exiger d'une assurée, qui exerçait une activité professionnelle à mi-temps en raison de ses obligations familiales, de se soumettre à des examens stationnaires d'environ trois à quatre semaines sans qu'on lui laissât la possibilité d'organiser ses tâches ménagères. Elle constatait également qu'elle ne refusait pas le séjour de manière inexcusable. Les renseignements donnés par la CRR et la SUVA étant très vagues, ils ne lui permettaient pas de s'organiser, étant rappelé qu'elle était mère d'un enfant de 10 ans qu'elle ne pouvait déposer n'importe où pendant une absence indéterminée. Partant, elle considérait qu'elle avait rempli son obligation de collaborer et qu'on ne pouvait rien lui reprocher par le fait qu'elle souhaitait fractionner le séjour ou connaître les examens prévus lors du séjour en question. Enfin, elle confirmait qu'elle se soumettrait à tous les examens médicaux ou techniques nécessaires à l'appréciation de son cas dans la mesure où ils étaient raisonnablement exigibles.

E. 41

L'OAI a informé l'assurée, par communication du 6 février 2012, que des mesures de réadaptation professionnelle n'étaient pas indiquées au vu des éléments en sa possession.

E. 42

Dans un courrier du 10 février 2012, la SUVA a informé l'assurée qu'un nouveau séjour à la CRR allait être organisé. Elle lui a par ailleurs confirmé que ledit séjour avait pour but d'explorer de manière approfondie son état de santé et, le cas échéant, proposer un traitement adéquat. L'assurance a également précisé que l'assurée allait être informée, lors de son séjour, quant aux examens pratiqués, la CRR ne pouvant pas fournir de planning sans avoir pris contact avec l'assurée. Par ailleurs, le séjour ne pouvait pas être fractionné mais l'assurée pouvait, si elle le désirait, rentrer chez elle le week-end, à ses frais. Par ailleurs, le fait qu'elle exerçait une activité lucrative à raison de 50% n'avait aucune incidence sur le traitement et/ou les mesures d'instruction nécessaires. Enfin, si l'assurée ne devait pas donner suite à la nouvelle convocation de la CRR, une décision sur pièces serait alors rendue.

E. 43

Par courrier du 13 février 2012, l'assurée a pris note de la teneur du courrier de la SUVA du 10 février 2012. Elle a en outre précisé qu'elle souhaitait être convoquée

A/3768/2012 - 10/25 - au moins trois semaines à l'avance. L'assurée souhaitait également savoir dans quelle mesure la SUVA pouvait participer aux frais d'une aide de famille. Enfin, elle relevait que des indemnités journalières venaient de lui être versées et partait de l'idée que l'opposition du 12 octobre 2011 avait été admise.

E. 44

Le 20 février 2012, la SUVA a confirmé le versement d'indemnités journalières pour la période du 15 septembre 2011 au 31 janvier 2012 et l'admission de l'opposition du 12 octobre 2011. S'agissant des frais d'une éventuelle aide de famille pendant le séjour à la CRR, ils n'entraient pas dans le cadre de ses prestations.

E. 45

Par courrier du 21 février 2012, l'assurée a remis à la SUVA un décompte des dépenses liées à ses déplacements pour les périodes suivantes : du 27 novembre 2010 au 14 avril 2011, du 4 novembre au 23 décembre 2011 et du 9 janvier au 7 février 2012.

E. 46

Le 19 mars 2012, l'assurée a informé la SUVA que les indemnités journalières afférentes au mois de février ne lui avaient pas été versées. Elle requérait donc leur versement.

E. 47

Lors d'un entretien téléphonique du 22 mars 2012, la CRR a indiqué à la SUVA que l'assurée avait demandé à ne pas être convoquée avant août 2012. Sur ce, la SUVA a considéré qu'il ne fallait pas tenir compte de cette demande et convoquer l'assurée le plus rapidement possible, en respectant un délai de trois semaines comme convenu.

E. 48

Faisant suite à son courrier du 19 mars 2012, la SUVA a informé l'assurée qu'il lui fallait les certificats médicaux pour pouvoir procéder au versement des indemnités journalières.

E. 49

Les certificats manquants ayant été reçus par la SUVA le 26 mars 2012, les indemnités journalières ont été versées.

E. 50

A la demande de la SUVA, le Dr N_____ a établi un certificat intermédiaire en date du 3 avril 2012. Il y a notamment posé les diagnostics de syndrome vertébral lombaire évoluant sur un mode chronique post-traumatique avec protrusion discale L4-L5. Au 19 mars 2012, l'évolution était défavorable, toute reprise du travail s'étant soldée par un échec. Le traitement consistait en de la physiothérapie et de la prise d'antidouleurs de manière épisodique. Aucune reprise d'une activité professionnelle n'était prévue pour le moment. Enfin, le Dr N_____ suggérait une évaluation à la CRR. 51. Par courrier du 17 avril, l'assurée a été convoquée pour un séjour débutant le 23 mai 2012.

A/3768/2012 - 11/25 - 52. Le 24 avril 2012, l'assurée, sous la plume de son Conseil, a sollicité le versement des indemnités journalières. 53. Par courrier du 2 mai 2012, la SUVA a indiqué qu'elle avait repris le versement des indemnités journalières depuis le 6 février 2012 et ce jusqu'à nouvel avis. S'agissant des frais de déplacement, ils avaient été remboursés en trois fois. 54. Le 21 mai 2012, le Dr N_____ a établi un certificat intermédiaire, dont la teneur était sensiblement identique à celle du certificat du 3 avril 2012, à la différence toutefois que ce médecin n'était pas en mesure de répondre à la question sur la reprise d'une activité lucrative avant l'évaluation de la CRR. 55. Le 24 mai 2012, l'assurée a transmis à l'assurance le certificat du Dr N_____ du 21 mai 2012 et le décompte de ses frais d'un montant de 45 fr. 60 pour la période du 8 au 21 mai 2012. 56. L'assurée a séjourné à la CRR du 23 mai au 20 juin 2012. Selon l'avis de sortie du 19

juin 2012, le diagnostic était celui de lombalgie droite chronique d'origine musculo-squelettique. La capacité de travail était nulle du 23 mai au 20 juillet 2012. Dans le cadre de ce séjour, plusieurs examens ont été réalisés : – La radiographie numérique (Computed radiography ou CR) du bassin, effectuée le 29 mai 2012, n'a mis en évidence aucune anomalie. La structure et la morphologie osseuse étaient normales, sans lésions décelables. Aucun élément suspect n'était constaté sur les trois derniers segments de la colonne lombaire et les articulations sacro-iliaques et coxo-fémorales étaient d'aspect normal. – Une IRM lombaire complétée par un scanner sacré avec une acquisition hélicoïdale de S1 à S5 ont été effectués le 1er juin 2012. Selon le compte-rendu y relatif, daté du 5 juin 2012, ces examens ont mis en évidence une discopathie L4-L5 sous forme d'une dessiccation du noyau pulpeux accompagnée d'une protrusion discale ciroconférentielle postérieure avec déchirure radiaire postérieure et pincement intersomatique à prédominance postérieure. Il existait un contact avec la racine L5 des deux côtés, racine qui était prise en tenaille contre les facettes articulaires de chaque côté. La question d'un syndrome radiculaire L5 des deux côtés était posée. En L5, une sacralisation bilatérale était constatée. L'exploration du sacrum révélait une hyperintensité de signal STIR linéaire de la 3ème pièce sacrée en regard de l'articulation sacro-iliaque gauche, en faible hypointensité de signal T+ qui semblait représenter une zone de convergence linéaire de plusieurs hyperintensités de signal STIR. Le Ct-scan ne confirmait cependant aucune lésion à ce niveau et le médecin chef arrivait à la conclusion qu'il s'agissait vraisemblablement

A/3768/2012 - 12/25 - de vaisseaux intra-osseux discrètement proéminents. Le scanner avait en outre mis en évidence une ébauche d'ostéophytose des berges antérieures des articulations sacro-iliaques accompagnée d'un aspect discrètement sclérosé de la berge iliaque des deux articulations sacro-iliaques, à mettre en relation avec un éventuel status post-partum. Le reste de l'examen était normal. – Enfin, une échographie abdominale a été effectuée le 22 juin 2012. Selon le rapport y relatif, daté du 25 juin 2012, le bilan échographique était normal, sans lésion susceptible d'expliquer les douleurs actuelles de l'assurée. Selon le rapport complet établi le 10 juillet 2012, à l'issue du séjour, le diagnostic principal était celui de thérapies physiques et fonctionnelles pour lombalgies chroniques, les diagnostics secondaires étant ceux d'accident de la voie publique le 26 octobre 2010 et d'ostéotomie de valgisation du tibia droit en 1994. L'examen neurologique avec ENMG, réalisé le 11 juin 2012, avait permis de constater l'absence d'amyotrophie aux membres inférieurs, une force limitée par la douleur au niveau lombaire à droite et normale à gauche. L'ENMG était dans les limites de la norme pour les muscles testés. Quant à l'examen clinique à l'admission, il provoquait des douleurs lombaires basses à droite et en regard de l'articulation sacro-iliaque droite. La présence d'une cellulalgie d côté droit dorsale basse et sur la totalité de la région lombaire était constatée. L'examen clinique lors de la sortie avait mis en évidence un abdomen souple mais très sensible dans l'épigastre et dans l'hypocondre droit, une absence de détente ou de défense. L'acte de se relever de la chaise mettait en évidence une boiterie du pied droit pour quelques pas. L'examen neurologique des membres inférieurs était normal, à l'exception d'une diminution de la sensibilité tactile sur le versant externe de la cuisse et de la jambe droite. Tous les mouvements du tronc étaient limités par la douleur et provoquaient une douleur lombaire ou lombo-fessière droite, les mouvements les plus douloureux étant l'inclinaison droite et l'extension rotation inclinaison droite. L'appui monopodal droit n'était pas tenu plus de quelques secondes en raison d'une douleur lombo-fessière droite. Le signe de Lasègue était négatif (douleur

lombaire droite) et une flexion de la hanche droite (genoux fléchis) provoquant une douleur lombo-fessière du même côté. La flexion active de la hanche droite, jambes tendues, était péniblement initiée en raison de la même douleur. Sur le ventre, l'assurée présentait des difficultés à lordoser la région lombaire. Enfin, la musculature lombo-fessière droite était douloureuse à la palpation. L'examen psychiatrique avait démontré une thymie bonne et aucun sentiment de tristesse. Si la patiente disait avoir des ruminations anxieuses par intermittence en lien avec ses douleurs, elle ne présentait pas de préoccupation particulière pour son avenir professionnel et socio-économique. Aucun symptôme d'un trouble anxieux constitué n'avait été relevé, et notamment aucun signe ou symptôme d'un état de stress post-traumatique (ESPT ou, en anglais, PTSD). Aucun diagnostic psychiatrique n'a donc été donc posé. Les

A/3768/2012 - 13/25 - séances de physiothérapie n'avaient pas permis d'amélioration, bien au contraire, l'assurée présentait une boiterie plus marquée à sa sortie qu'à son arrivée, évitant même les escaliers. Malgré cela, les médecins de la CRR avaient encouragé l'assurée à poursuivre la rééducation encore pendant quelques semaines. En guise de conclusion, les médecins de la CRR ont considéré qu'il était difficile de déterminer la cause exacte de la douleur et d'expliquer cette évolution traînante ne répondant pas aux thérapies. Ils ne pouvaient pas retenir avec certitude une irritation radiculaire et n'étaient guère favorables à de nouvelles infiltrations lombaires, au demeurant refusée par l'assurée par le passé. Le tableau clinique actuel n'avait plus de rapport avec l'accident du 26 octobre (recte 25 novembre) 2011 qui ne s'était accompagné d'aucune atteinte traumatique rachidienne objective. L'assurée devait être revue par le Dr P _____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation ainsi qu'en rhumatologie, le 20 juillet 2012 et l'incapacité de travail allait être maintenu jusqu'à cette date. 57. Un mois après sa sortie, soit le 20 juillet 2012, l'assurée a donc été réexaminée par le Dr P _____. Selon le rapport du même jour, l'assurée disait avoir accompli régulièrement sa rééducation et se sentir dans le même état qu'avant le séjour mais mieux qu'à la sortie. Elle se plaignait toujours du trouble sensitif sur la cuisse droite et de la douleur lombo-fessière droite. Le score Oswestry (évaluation de l'incapacité fonctionnelle) était de 32% (par rapport à 48% lors de l'entrée à la CRR). Au status, les mouvements lombaires et la palpation L3 à S1 provoquaient la douleur lombo-fessière droite. Le signe de Lasègue direct était négatif des deux côtés et les réflexes des membres inférieurs étaient présents et symétriques. Il n'y avait pas de déficit moteur aux membres inférieurs. Debout, il y avait une discrète scoliose et, en flexion antérieure du tronc, une discrète déviation du tronc vers la droite. S'agissant de l'appréciation de ce cas, le Dr P _____ considérait qu'il était difficile de préciser l'origine de la douleur dans une lombalgie d'origine musculo-squelettique non spécifique, la douleur étant souvent multifactorielle. La discopathie dégénérative L4-L5 pouvait être ou ne pas être la cause prépondérante de la douleur. A ce stade, il existait deux prises en charge possibles : la poursuite de la rééducation en espérant une amélioration progressive durant les six prochains mois ou une approche plus agressive avec avis chirurgical, éventuellement discographie de provocation puis prothèse discale ou spondylodèse L4-L5, cette dernière option comportant toutefois une grande part d'incertitude. C'est pourquoi, au vu de la discrète amélioration depuis la sortie de la CRR, le Dr P _____ proposait la première option pour les trois prochains mois, à savoir la poursuite de la rééducation. Le Dr P _____ a également précisé qu'il avait indiqué à l'assurée qu'en l'absence de lésion traumatique disco-ligamentaire ou osseuse identifiable, la SUVA pourrait mettre un terme à ses prestations, le statu quo sine ayant été atteint.

A/3768/2012 - 14/25 - 58. Le 20 juillet 2012, le Dr P_____ a également établi un certificat d'incapacité de travail pour tout la période du 23 mai au 20 juillet puis pour celle courant du 1er au 31 août 2012. 59. Par courrier du 26 juillet 2012, l'assurée a indiqué à la SUVA, sous la plume de son Conseil, qu'elle avait assez mal vécu son séjour à Sion. En effet, le traitement avait essentiellement consisté en de la physiothérapie sans qu'elle n'ait vraiment été soutenue dans ses efforts. Elle était plus ou moins abandonnée dans une salle d'exercice, ne bénéficiant d'aucun accompagnement ni correction dans les exercices et encore moins d'un programme d'exercices ou de traitement tenant compte de sa situation et de ses progrès. Elle avait de plus été exposée à plusieurs reprises à des actes d'harcèlement sexuel sans que la direction de la CRR n'eût pris des mesures. Dans la piscine, d'autres patientes et l'assurée étaient régulièrement exposées au regard de plusieurs hommes, « qui n'avaient d'autre occupation que de faire des commentaires au-dessous de toute courtoisie ». Par ailleurs, l'escalier d'accès à la piscine permettait une vue directe dans le vestiaire des femmes qui, bien qu'étant fermé par une porte automatique, était souvent visible compte tenu du passage incessant d'employés ou de patients. « Ledit troupeau d'hommes se faisait donc un sport de rester sur l'escalier, les yeux rivés au (recte : sur le) vestiaire des femmes ». L'assurée s'était plainte de cette situation mais elle avait été envoyée chez une psychologue qui avait tenté de trouver dans sa vie un problème relationnel ou des signes d'une dépression. 60. Le cas de l'assurée a une nouvelle fois été soumis au Dr O_____ qui a établi une appréciation en date du 23 août 2012, dans laquelle, après avoir résumé les principales pièces du dossier, a considéré que les effets délétères de la contusion lombaire annoncée fin novembre 2010 étaient désormais éteints et ce définitivement. 61. Par décision du 20 septembre 2012, la SUVA a mis un terme à ses prestations (versement d'une indemnité journalière et prise en charge du traitement) avec effet au 30 septembre 2012, considérant que, de l'avis de son médecin d'arrondissement, l'accident du 26 novembre 2010 ne jouait plus aucun rôle dans les troubles que l'assurée présentait encore. Cette décision a également été notifiée à la BALOISE ASSURANCE, assurance perte de gain de l'ex-employeur, et à ASSURA, assurance-maladie de l'assurée. 62. Le 16 octobre 2012, le Dr P_____ a une nouvelle fois examiné l'assurée et l'a adressée au Dr Q_____ pour avis chirurgical. 63. Par écriture du 22 octobre 2012, l'assurée a formé opposition à la décision du 20 septembre 2012, contestant le fait que ses troubles à la santé n'étaient plus en lien de causalité avec l'accident du 26 novembre 2010, dès lors qu'avant cet événement, elle n'avait pas de douleurs au dos, de sorte que ledit accident était

A/3768/2012 - 15/25 - donc l'élément déclencheur pour ses douleurs, bien qu'il ne fût pas absolument exclu que lesdites douleurs fussent également partiellement dues à l'état dégénératif de la colonne vertébrale. L'assurée relevait en outre que la CRR avait reconnu la persistance des douleurs et établi des certificats d'incapacité de travail, comme l'a également fait le Dr N_____. Partant, il était donc évident que le traitement médical des séquelles suite à l'accident du 26 novembre 2010 n'avait pas encore pris fin, ce d'autant plus qu'il ne ressortait d'aucun des certificats médicaux que le traitement serait devenu inutile et qu'une amélioration de la situation n'était plus possible. 64. Le 9 novembre 2012, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assurée et confirmé sa décision du 20 septembre 2012, relevant que le Dr O_____ avait considéré que les effets délétères de l'accident étaient désormais éteints. Cet avis était par ailleurs corroboré par la doctrine médicale, entérinée par la jurisprudence en matière d'aggravation traumatique du rachis vertébral, et par le rapport de sortie de la CRR. La décision sur opposition précitée a également été

notifiée à l'assureur perte de gain ainsi qu'à l'assureur-maladie de l'assurée. 65. Par écriture du 12 février 2012, l'assurée (ci-après : la recourante) a interjeté recours auprès de la Cour de céans, concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision attaquée et à la condamnation de la SUVA (ci-après : l'intimée) à reprendre, rétroactivement au 1er octobre 2012, le paiement des indemnités journalières et la prise en charge des soins médicaux. A l'appui de son recours, la recourante relève notamment que l'argument de l'intimée quant à l'absence de lien de causalité entre l'accident assuré et ses troubles actuels ne repose que sur l'appréciation du médecin d'arrondissement et sur le rapport de sortie de la CRR, dont les rapports constituent des rapports de médecins internes à la SUVA Elle considère en outre que même si l'IRM du 20 décembre 2010 n'a pas montré de lésions traumatiques osseuses mais révélé une discopathie L4-L5 avec arthrose et interapophysaire postérieur et protrusion discale postérieure médiane, cela ne prouve pas encore que les douleurs toujours existantes ressortent d'une autre cause que l'accident, ce d'autant plus qu'elle n'a jamais souffert du dos par le passé. La recourante est également d'avis que son état dégénératif, que le Dr O_____ a qualifié de modéré, ne pouvait expliquer les fortes douleurs de dos dont elle souffre depuis l'accident du 26 novembre 2010 de sorte que l'intimée ne peut prétendre à un retour au statu quo ante. Par ailleurs, aucun document médical ne permet de conclure que son état de santé est à ce jour le même en l'absence de l'accident, suite à une évolution normale de la situation dégénérative (statu quo sine). La recourante constate par ailleurs que les signes de surcharge psychogène mentionnés par le Dr O_____ suite à une discussion qu'il a eue avec le Dr M_____ le 28 mars 2011 n'ont pas pu être confirmés

A/3768/2012 - 16/25 - lors de son séjour à la CRR. Après avoir rappelé qu'elle n'avait jamais refusé de collaborer, la recourante considère enfin que l'intimée a violé son droit être entendu étant donné qu'elle a ordonné, à son insu, une expertise médicale à la CRR, de sorte que la décision devra être annulée et une expertise pluridisciplinaire ordonnée. 66. Le 28 janvier 2013, la recourante a produit un certificat du Dr N_____ du 10 janvier 2013, confirmant que son incapacité de travailler perdurait toujours, ainsi que le rapport du 17 décembre 2012 que le Dr Q_____ a adressé au Dr P_____. Selon ce document, l'histoire, la clinique et l'imagerie correspondaient à des lombalgies mécaniques sur discopathie dégénérative sur L5- S1 décompensée à l'occasion d'un traumatisme mineur. Pour ce médecin, une approche chirurgicale, sous forme d'une arthroplastie ou d'une arthrodèse L4-L5 pouvait se discuter. Les chances d'amélioration pouvaient être estimées entre 70 et 80% en gardant cependant à l'esprit que le mode de survenue était un facteur plutôt défavorable sur le résultat de la chirurgie. 67. Par écriture du 25 février 2013, l'intimée a répondu au recours de l'assurée, répétant que les différentes investigations médicales n'ont pas mis en évidence d'atteinte traumatique rachidienne objective et que le lien de causalité entre l'accident assuré et les troubles présentés a disparu. Considérant que les rapports du Dr O_____ et ceux de la CRR sont complets et aboutissent à des conclusions claires et convergentes, la SUVA est d'avis que la demande d'expertise doit être rejetée. Par ailleurs, les conclusions du Dr Q_____ n'apportent aucun élément nouveau et ne constituent qu'une interprétation de la situation, soit tout au plus une possibilité n'atteignant pas le degré de la vraisemblance prépondérante, n'engageant pas la responsabilité de l'assureur-accidents. La SUVA rappelle également que le fait que la recourante n'ait jamais souffert du dos avant l'accident n'était pas relevant compte tenu du principe « post hoc ergo propter hoc ». De plus, le fait que son médecin traitant ait prolongé son incapacité de travail au-delà du 30 septembre 2012 n'a aucune incidence sur l'issue de

la procédure étant donné que l'intimée ne s'est pas prononcée sur la capacité de travail ni sur le traitement mais uniquement sur la causalité. Enfin, quant au grief relatif à la violation du droit d'être entendu, il était abusif dans la mesure où dans la même écriture, la recourante s'efforçait de démontrer que le rapport de sortie de la CRR n'était pas un rapport d'expertise. 68. Sur ce, 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

A/3768/2012 - 17/25 - 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). 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. 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. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA. 4. Le litige porte sur la question de savoir si c'est à juste titre que l'intimée a mis un terme à ses prestations avec effet au 30 septembre 2012, et plus particulièrement sur la question de l'existence d'un lien de causalité naturelle entre les troubles actuels (lombalgies) et l'accident du 26 novembre 2010. 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). 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). 6. 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.

A/3768/2012 - 18/25 - 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 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références). 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»; 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. 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 tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). 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 (ATF non publiés 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011, consid. 1.2; 8C_552/2007 du 19 février 2008, consid. 2). Dans le cadre de lombalgies ou de lombosciatalgies sans constatation d'une aggravation radiologique, le statu quo est en principe retrouvé après 3 ou 4 mois, la symptomatologie étant alors à mettre sur le compte de l'âge (ATF non publié 8C_508/2008 du 22 octobre 2008, consid. 4.2). S'agissant de l'aggravation d'un état antérieur dégénératif au niveau de la colonne vertébrale, le statu quo sine est dans la règle atteint après 6 ou 9 mois, mais au plus tard après un an (ATF non publié 8C_508/2008 du 22 octobre 2008, consid.4.2). Plus précisément, d'après la jurisprudence du Tribunal fédéral, qui se fonde sur l'expérience médicale, une aggravation post-traumatique (sans lésion structurelle associée) d'un état A/3768/2012 - 19/25 - dégénératif antérieur de la colonne vertébrale auparavant asymptomatique cesse de produire ses effets en règle générale après six à neuf mois, voire au maximum après une année (SVR 2009 UV n° 1 p. 1; voir également les arrêts 8C_314/2011 du 12 juillet 2011 consid. 7.2.3, 8C_416/2010 du 29 novembre 2010 consid. 3.3 et 8C_679/2010 du 10 novembre 2010 consid. 3.3). Dans un arrêt 8C_412/2008 du 3 novembre 2008 concernant un cas d'hernie discale, décompensée par l'accident assuré, le Tribunal fédéral a considéré que la preuve médicale de la causalité naturelle était remplacée par cette présomption jurisprudentielle. Dans ce contexte, il y a encore lieu de préciser que l'aggravation significative et donc durable d'une affection dégénérative préexistante de la colonne vertébrale par suite d'un accident n'est établie, selon la jurisprudence, que lorsque la radiographie met en évidence un tassement subi des vertèbres ou l'apparition ou l'agrandissement de lésions après un traumatisme (ATFA non publié U 179/03 du 7 juillet 2004, consid. 4.4.2, RAMA n° U 363, p. 45, consid. 3a). 8. 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). 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). b) 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). b/aa) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des

A/3768/2012 - 20/25 - résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet 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. Etant 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 125 V 351 consid. 3b/ee). b/bb) Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; ATF non publié 8C_923/2010 du 2 novembre 2011, consid. 5.2.). b/cc) Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). b/dd) 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 vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment

A/3768/2012 - 21/25 - pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF non publié 9C_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2). 9. 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). La procédure est régie par le principe inquisitoire, d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Car si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 261 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 372 consid. 3; RAMA 1999 n° U 344 p. 418 consid. 3). Dans le contexte de la 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 (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 (ATFA non publiés U 359/04 du 20 décembre 2005, consid. 2; U 389/04 du 27 octobre 2005, consid. 4.1; U 222/04 30 novembre 2004, consid. 1.3). 10. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales

A/3768/2012 - 22/25 - doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent 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, ils doivent 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; ATFA non publié I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3). 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). 11. a/aa) En l'espèce, la SUVA considère, en se fondant d'une part sur la présomption jurisprudentielle mentionnée supra sous consid. 7 et d'autre part sur les rapports de son médecin d'arrondissement, le Dr O _____, et sur le rapport de la CRR, que les effets délétères de l'accident assuré étaient éteints, à tout le moins avec effet au 30 septembre 2012. Force est de constater, avec la SUVA, que les différentes investigations radiologiques n'ont pas mis en évidence de lésion traumatique du rachis de la recourante. Aucun tassement vertébral ni aucune lésion traumatique osseuse séquellaire n'ont été constatés (voir comptes-rendus de la radiographie de la colonne lombaire effectuée le 13 décembre 2010, de l'IRM de la colonne lombaire réalisée le 20 décembre 2010 ou encore de l'IRM du bassin). L'absence de lésions traumatiques a également été relevée par les Drs M _____ et O _____ (voir notes de l'entretien téléphonique du 25 mars 2011, rapport du Dr O _____ du 14 avril 2011) ainsi que par les médecins de la CRR. Seuls des troubles dégénératifs au niveau des vertèbres L4-L5 essentiellement ont été constatés, ce qui n'est, au demeurant, pas contesté par la recourante. Au vu de ce qui précède, il s'agit donc d'un cas classique dans lequel l'examen du lien de causalité naturelle entre l'accident et les plaintes de l'assurée est remplacé par la présomption jurisprudentielle selon laquelle ledit lien de causalité ne peut être admis que pour une durée limitée, tout au plus pendant un an. Dès lors qu'en l'espèce les douleurs lombaires persistent près de deux ans après l'événement assuré, il doit être considéré, en application de la jurisprudence précitée, qu'elles ne

A/3768/2012 - 23/25 - sont plus en lien de causalité naturelle avec l'événement assuré mais qu'elles doivent au contraire être attribuées à d'autres facteurs, notamment dégénératifs, étant rappelé, dans ce contexte, que le Dr Q _____ a fait état de lombalgies mécaniques sur discopathie dégénérative sur L5-S1 décompensée à l'occasion d'un traumatisme mineur, ce qui démontre qu'il s'agit bien d'un cas de décompensation d'un état dégénératif antérieur, pour lequel la présomption jurisprudentielle trouve application. a/bb) Pour sa part, la recourante conteste la validité de la décision de la SUVA en invoquant l'ATF 136 V 117, dans lequel le Tribunal fédéral avait considéré que la SUVA violait le droit à l'autonomie, lequel faisait partie du droit à la liberté personnelle, ainsi que le droit d'être entendu lorsqu'elle ordonnait, à l'insu de l'assuré, une expertise médicale aux médecins qui lui prodiguaient des soins au cours d'un séjour de réadaptation et que le vice en question ne pouvait être réparé dans la procédure de recours. Se fondant sur cette jurisprudence, la recourante considère donc que la décision de la SUVA doit être annulée, le rapport de la CRR ayant été obtenu en violation de ses droits de procédure. La question de

la violation du droit d'être entendu en relation avec le rapport réalisé par les médecins de la CRR peut en l'espèce rester ouverte dans la mesure où le présent litige peut être tranché sans se fonder sur ledit rapport comme cela ressort des considérations qui précèdent. a/cc) Enfin, pour justifier le maintien d'un lien de causalité naturelle entre l'accident du 25 novembre 2010 et les troubles à la colonne lombaire, la recourante se réfère également au fait qu'elle ne souffrait pas du dos avant l'accident. Ce faisant, la recourante adopte un raisonnement «post hoc, ergo propter hoc» qui n'est pas reconnu en matière d'assurance-accidents (voir supra consid. 7a). La recourante ne produit cependant aucun document médical susceptible de rendre vraisemblable une aggravation traumatique structurelle. b) Au vu de ce qui précède, il y a lieu de constater que l'intimée a largement pris en considération la présomption jurisprudentielle précitée, en attendant près de deux ans après les faits pour nier la subsistance d'un lien de causalité naturelle entre les lombalgies et l'événement accidentel assuré. Dès lors que la question du lien de causalité naturelle peut être tranchée en l'état du dossier, il apparaît inutile d'administrer d'autres preuves et notamment d'ordonner une expertise pluridisciplinaire (appréciation anticipée des preuves; KIESER, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, p. 212, n° 450; KÖLZ/HÄNER, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2ème éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2ème éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence).

A/3768/2012 - 24/25 - La Cour de céans relève encore qu'en niant le lien de causalité naturelle, l'intimée n'a pas remis en question l'existence d'une atteinte à la santé. Elle a uniquement considéré que les troubles dont souffrait la recourante n'étaient plus consécutifs à l'événement assuré et qu'ils relevaient, près de deux ans après les faits, d'une maladie qui n'était pas à sa charge. D'ailleurs, ni l'assureur perte de gain de l'ex- employeur de la recourante, ni l'assureur-maladie de la recourante - auxquels la décision sur opposition querellée a également été notifiée - n'ont jugé nécessaire de recourir. 12. Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPG).

A/3768/2012 - 25/25 - 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.