

GE_GERICHTE A/1430/2015 vom 4. April 2016

GE Cour de justice, 2016-04-04, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1430_2015

FR: GE_GERICHTE A/1430/2015 du 4 avril 2016

IT: GE_GERICHTE A/1430/2015 del 4 aprile 2016

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 04.04.2016
A/1430/2015

A/1430/2015 ATAS/262/2016 du 04.04.2016 (LAA) , REJETE En fait En droit
rÉpublique et canton de genÈve POUVOIR JUDICIAIRE A/1430/2015 ATAS/262/2016
COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 4 avril 2016 9 ème
Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée à CAROUGE recourante contre
BALOISE ASSURANCE SA, sise Aeschengraben 21, BÂLE, comparant avec élection de
domicile en l'étude de Maître Christian GROSJEAN intimée EN FAIT 1. Madame
A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante) est née le _____ 1994, mariée et domiciliée
à Genève.![endif]>![if> 2. Monsieur B_____ (ci-après : l'employeur) a transmis à la
Bâloise assurance (ci-après : la Bâloise ou l'intimée), le 15 mai 2014, une déclaration de
sinistre LAA pour un accident survenu le 28 avril 2014, lors duquel sa fille et employée
s'était blessée au dos en tombant alors qu'elle travaillait. Il employait cette dernière depuis
le 1 er mars 2014, en qualité d'aide-jardinière à 100 %, 45 heures par semaine.![endif]>![if>
3. Le Docteur C_____, directeur médical du Centre médical et esthétique, a indiqué
dans plusieurs certificats médicaux successifs, dont le premier était daté du 9 mai 2014, que
la capacité de travail de l'assurée était de 0 % du 28 avril au 31 août 2014 et de 50 % en
septembre et octobre 2014.![endif]>![if> 4. Dans un rapport médical adressé à la
Bâloise le 3 juin 2014, le Dr C_____ a précisé que le diagnostic était une contusion
dorso-lombaire avec une évolution lente et qu'il préconisait de la physiothérapie comme
traitement, dont la durée probable était de trois à huit semaines.![endif]>![if> 5. Le
Docteur D_____, radiologue-spécialiste FMH, a procédé à un RX de la colonne lombaire
de face-profil, le 19 mai 2014, et indiqué dans son rapport du même jour : "attitude
scoliotique à convexité droite avec une lordose physiologique conservée. Ébauche
ostéophytaire antérieure en L3. Pas de discopathie ni tassement vertébral. Angle
lombo-sacré dans les limites de la norme, mesurant 29.8°. Articulations sacro-iliaques et
coxo-fémorales d'épaisseur normale".![endif]>![if> 6. L'assurée a déclaré le 18 juillet
2014 à la Bâloise que, le jour de l'accident, elle avait eu mal au niveau lombaire après être
tombée en arrière. Elle s'était reposée un moment, puis avait terminé sa journée avec peine.
Elle était rentrée chez elle et avait pris rendez-vous avec le Dr C_____, qui n'avait pu la
recevoir avant le 9 mai 2014. Elle avait passé une IRM et on lui avait prescrit des
médicaments. Avant d'être engagée par son père, elle était en recherche d'emploi. Elle
n'avait pas signé de contrat de travail avec son père. ![endif]>![if> 7. Le 25 juillet 2014,
la Bâloise a demandé à M. B_____ de lui transmettre une copie des contrats de travail
relatifs aux engagements de l'assurée, de ses fiches de salaire, des attestations fiscales du
versement du salaire pour 2012 et 2013 ainsi que les coordonnées de l'institution de
prévoyance professionnelle à laquelle il était affilié.![endif]>![if> 8. La caisse
cantonale genevoise de compensation (ci-après : la caisse) a transmis le 5 août 2014 à la

Bâloise, conformément à sa demande, un extrait du compte individuel de l'assurée. Il en ressort qu'elle avait été engagée par B_____ Jardinier-paysagiste, de septembre à décembre 2012, pour un revenu total de CHF 14'925.-. [endif]> [if> 9. Le 26 août 2014, M. B_____ a indiqué à la Bâloise que, s'agissant de la résiliation du contrat de 2012, son employée ne s'était plus présentée à son travail après la reprise et que son contrat de travail avait été résilié de manière orale pour cause personnelle. Il lui a transmis des copies : [endif]> [if> - d'un contrat de travail à durée indéterminée avec l'assurée, daté du 20 août 2012, pour un engagement au 1^{er} octobre 2012, à 100 %, avec un salaire mensuel brut de CHF 4'500.- x 13. [endif]> [if> - des fiches de salaire de l'assurée pour les mois d'octobre à décembre 2012. [endif]> [if> - d'un certificat de salaire pour l'année 2012 mentionnant le montant de CHF 14' 625.-. [endif]> [if> - d'un contrat de travail à durée indéterminée avec l'assurée, daté du 18 mars 2014, pour un engagement au 1^{er} mars 2014 à 100 % pour un salaire mensuel brut de CHF 4'514.- x 13. [endif]> [if> - des fiches de salaire de l'assurée pour les mois de mars et avril 2014. [endif]> [if> 10. La Fondation institution supplétive LPP (ci-après : la fondation) a établi un certificat personnel pour l'assurée, le 28 mars 2014, dont il ressort qu'elle est entrée dans la société B_____ le 1^{er} mars 2014, avec un salaire annuel de CHF 58'682.- et un salaire assuré de CHF 34'112.-. [endif]> [if> 11. M. B_____ a reproché à la Bâloise, par courrier du 22 septembre 2014, de n'avoir procédé à aucun versement de prestations à la suite de l'accident de l'assurée. En tant qu'employeur, il ne pouvait pas la laisser sans ressources. En conséquence, il avait établi des décomptes de revenus de remplacement et lui avait versé les montants correspondant aux mois de mai, juin, juillet et août 2014. Il allait devoir le faire également pour le mois de septembre bientôt échu. Il adressait ces quatre décomptes à la Bâloise, en l'invitant de manière pressante à procéder au versement des indemnités journalières dues à ce jour, faute de quoi il se verrait dans l'obligation d'envisager une procédure de recouvrement par la voie légale. [endif]> [if> 12. Le 10 octobre 2014, la Bâloise a convoqué M. B_____ pour un entretien fixé au 17 octobre 2014, en lui demandant de produire le contrat de travail de l'assurée (septembre 2012), sa lettre de licenciement, le récapitulatif des heures travaillées par celle-ci pour les mois de mars et avril 2014, la liste des salaires de tous ses employés pour 2013 et 2014 et tout autre document jugé opportun pour la suite du dossier. [endif]> [if> 13. Par courrier de son conseil adressé à la Bâloise le 16 octobre 2014, M. B_____ s'est étonné de la demande de cette dernière, car il lui avait déjà transmis les contrats de travail de l'assurée et indiqué que le licenciement avait eu lieu oralement. S'agissant du récapitulatif des heures travaillées en mars et avril 2014, il relevait que l'assurée avait un contrat de travail à 100 % avec un salaire fixe, indépendant des heures travaillées. Il lui transmettait la liste des salaires de ses employés pour 2013, précisant que celle concernant 2014 n'avait pas encore été établie et qu'elle le serait au début 2015. Le dossier étant ainsi complet, il demandait l'annulation du rendez-vous du lendemain. [endif]> [if> 14. La liste des salaires pour 2013 produite mentionnait deux employés, soit E_____ et B_____. [endif]> [if> 15. La Bâloise a répondu à M. B_____, le 16 octobre 2014, en déplorant son absence à l'entretien. L'assurée n'avait pas été très claire sur la mission effectuée lors de l'accident et les horaires effectifs de travail, de même que sur la reprise de son activité. Lors d'une rencontre du 17 septembre 2014 avec un de ses employés, elle avait indiqué ne pas avoir repris son activité au 1^{er} septembre 2014, alors que son médecin avait attesté d'une capacité de travail de 50 % dès cette date. Elle avait affirmé ne pas avoir été contactée par son père pour de nouvelles missions. [endif]> [if> 16. Le 31 octobre 2014, la Bâloise a informé l'assurée qu'elle avait

décidé de faire procéder à une expertise médicale par le docteur F_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, qui l'attendait à son cabinet le 24 novembre 2014 pour un examen médical. Elle lui transmettait le questionnaire adressé à l'expert. À teneur de ce dernier, il était demandé à l'expert de répondre notamment aux questions suivantes : anamnèse ? plaintes subjectives ? constatations objectives ? diagnostics ? existe-t-il chez la personne assurée des états préexistants ou des prédispositions constitutionnelles ? constatez-vous une maladie intercurrente qui se serait déclarée après l'accident ? s'il existe un état préexistant, l'état de santé tel qu'il était avant l'accident a-t-il été à nouveau rejoint, ou le sera-t-il vraisemblablement, et depuis quand ?

17. À teneur d'une note d'entretien du gestionnaire du dossier de la Bâloise avec l'assurée du 7 novembre 2014, cette dernière avait appelé pour se plaindre du fait qu'elle n'avait pas reçu d'indemnités journalières. Elle avait repris le travail chez son père à 100 % dès le 1^{er} novembre 2014. Il lui avait dit que le dossier était incomplet, notamment sur l'aspect médical, raison pour laquelle une expertise était nécessaire. Elle avait indiqué n'avoir pas reçu les courriers qui lui avaient été adressés à ce sujet, ce qui était très étonnant étant donné que la poste n'avait pas retourné le premier courrier et que le second courrier avait été adressé en courrier recommandé. L'assurée avait confirmé habiter à la même adresse. Le rendez-vous avec le Dr F_____ avait été confirmé. L'assurée avait indiqué qu'elle avait retravaillé chez son père en septembre. Le gestionnaire lui avait fait part de sa surprise à ce sujet, dès lors que lors de l'entretien avec son collègue, elle avait précisé qu'elle n'avait pas repris le travail à cette date. Elle avait répondu n'avoir jamais dit cela.

Lors d'un second appel du même jour, l'assurée avait indiqué ne pas comprendre pourquoi elle devait se soumettre à une expertise. Il lui avait été indiqué qu'il s'agissait d'une question de causalité naturelle et qu'elle devait se rendre chez le Dr F_____. Elle lui avait demandé que le courrier du 31 octobre 2014 lui soit renvoyé, en précisant qu'elle n'habitait plus à la rue de G_____, contrairement à ce qu'elle avait dit 20 minutes auparavant. Elle avait donné une nouvelle adresse, valable depuis le 1^{er} novembre 2014, à la route de H_____ à Carouge. Elle avait également eu des réponses contradictoires à la question de savoir si elle avait fait suivre son courrier à sa nouvelle adresse. Son devoir de collaboration lui avait été rappelé ainsi que les conséquences d'une inobservation. Il lui avait été dit très clairement que l'instruction du dossier serait close et que les prestations seraient refusées si elle ne collaborait pas.

18. Par courrier du 7 novembre 2014, adressé par pli recommandé aux deux adresses connues de l'assurée, le gestionnaire lui a rappelé son devoir de collaboration, lui précisant que la Bâloise prendrait en charge ses frais de déplacement ainsi que les heures de travail perdues pour se rendre chez l'expert.

19. Selon un certificat personnel pour l'assurée établi par la fondation le 28 mars 2014, celle-ci était entrée dans l'entreprise B_____ le 1^{er} mars 2014. Son salaire annuel était de CHF 58'682.- et son salaire assuré de CHF 34'112.-. Des cotisations avaient été payées par elle et son employeur à hauteur de CHF 1'057.47 au total.

20. Par décision du 12 décembre 2014, la Bâloise a refusé la prise en charge de l'événement du 28 avril 2014, en raison du défaut de collaboration de l'assurée. En effet, le Dr F_____ lui avait indiqué, le 26 novembre 2014, qu'elle s'était présentée le lundi 24 novembre 2014 à 13h00 et qu'à l'énoncé des modalités de l'examen, elle avait d'emblée refusé l'examen clinique et ce, à trois reprises. L'expertise avait en conséquence dû être annulée.

21. Par courrier du 20 décembre 2014, l'assurée a contesté la décision précitée. L'accident avait été annoncé dans les temps et elle avait transmis tous les certificats médicaux. Son dossier avait été saboté par les collaborateurs de la Bâloise qui avaient manqué de professionnalisme en refusant de

répondre à ses téléphones et en bloquant le dossier. Le rendez-vous chez l'expert avait été pris après la fin de son incapacité de travail, ce qui était illogique et contraire à l'éthique. Elle s'était rendue au rendez-vous fixé pour l'expertise, mais l'expert avait refusé de se référer au mandat d'expertise et lui avait demandé de faire autre chose dont la Bâloise ne lui avait pas parlé. Elle avait expliqué cela à l'expert qui avait dit que c'était à lui de décider ce qu'il voulait faire et pas à la Bâloise. Elle avait ainsi entièrement collaboré durant tout son arrêt de travail lié à l'accident et même après. Elle contestait la décision de la Bâloise, qui était infondée et contraire à la réalité, et la sommait de la reconsidérer et de l'indemniser pour la totalité de son arrêt de travail, à 100 % du 28 avril au 30 août 2014, et à 50 % du 1^{er} septembre au 31 octobre 2014, avec intérêts.![endif]>![if> 22. Par courrier du 12 février 2015, la Bâloise a proposé une transaction à l'assurée qui a refusé d'entrer en matière.![endif]>![if> 23. Par courrier du 13 mars 2015, la Bâloise a demandé à l'assurée de bien vouloir prendre rendez-vous avec un de ses collaborateurs, ce qu'elle a également refusé. ![endif]>![if> 24. Par décision du 8 avril 2015, la Bâloise a rejeté l'opposition et confirmé sa décision du 12 décembre 2014, aux motifs que l'expertise requise n'avait pu être réalisée par la faute de l'intéressée et que les éléments au dossier ne permettaient pas de conclure, avec le degré de vraisemblance prépondérante nécessaire, à l'existence de lésions de nature accidentelle. Le RX de la colonne lombaire ne mettait en évidence aucune lésion traumatique, mais, au contraire, un état préexistant. L'intéressée n'apportait aucun élément permettant de conclure différemment, de sorte qu'elle devait en subir les conséquences. Le refus de la prise en charge du cas était également justifié par le défaut de couverture. En effet, l'instruction du dossier faisait apparaître de forts doutes quant à l'activité effective de l'intéressée pour l'entreprise de son père. Ces doutes étaient encore renforcés par le fait que, selon une communication de la caisse, aucune cotisation en relation avec un revenu AVS pour la période 2013/2014 n'avait été versée en faveur de l'intéressée. Cette dernière avait elle-même indiquée une absence de salaire lors de sa rencontre avec l'inspecteur de sinistres de la Bâloise. Elle n'avait donc perçu aucun salaire pour la période en question et ne pouvait, de ce fait, être considérée comme une assurée au sens de la LAA.![endif]>![if> 25. Par acte du 3 mai 2015, l'intéressée a recouru contre la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice. Elle avait eu à faire à plusieurs gérants successifs, qui lui avaient demandé les mêmes documents. Le rendez-vous avec l'expert aurait dû avoir lieu lorsqu'elle était encore en arrêt accident. Contrairement à ce qu'indiquait l'intimée, elle était prête à collaborer avec le Dr F_____ pour clore le dossier, mais ce dernier avait refusé d'aller dans ce sens et lui avait proposé d'effectuer un traitement qu'elle avait naturellement refusé, car il n'avait pas lieu d'être et était contraire aux raisons pour lesquelles elle avait été convoquée par la Bâloise. Son salaire pour l'année 2014 avait été annoncé. En 2013, elle avait pris un congé. L'intimée était de mauvaise foi. Son but était de fuir ses engagements en l'accusant de propos non fondés et en modifiant la réalité en sa faveur. Elle avait essayé de la soudoyer en lui proposant une offre de règlement définitif par une transaction. Elle avait demandé les services d'un avocat, mais celui-ci s'était désisté, raison pour laquelle elle devait se défendre seule.![endif]>![if> 26. Par réponse du 1^{er} juillet 2015, l'intimée a confirmé en substance sa position.![endif]>![if> 27. Le 15 juillet 2015, la recourante a persisté dans ses conclusions, en produisant un extrait de compte individuel du 15 juillet 2015, dont il ressort qu'elle avait été employée par B_____ Jardinier-paysagiste et avait cotisé du mois de mars au mois de décembre 2014 et du mois de septembre au mois de décembre 2012.![endif]>![if> 28. Par courrier du 2 décembre 2015, la recourante a précisé ses conclusions demandant le paiement d'indemnités

journalières du 28 avril au 31 octobre 2014 ainsi qu'un dédommagement pour la journée du 24 novembre 2014. 29. Lors d'une audience du 8 février 2016 :

a. La recourante a indiqué à la chambre de céans qu'elle comprenait bien le français. Elle était arrivée en Suisse à l'âge d'un an environ et avait suivi sa scolarité jusqu'à la fin du cycle, puis elle avait travaillé avec son père qui était jardinier-paysagiste, soit depuis 2012. En fait, elle ne se souvenait plus si elle avait commencé à travailler pour lui en 2012 ou 2014. Elle avait travaillé un an ou deux ans de manière régulière avec lui, sans interruption. La chambre de céans lui ayant indiqué qu'il ressortait de la procédure qu'elle avait interrompu son activité pour son père en 2013, elle l'a confirmé. Elle a encore indiqué s'être mariée en juin 2013. Elle se souvenait qu'à cette époque, elle travaillait pour l'entreprise familiale. En fait, ce n'était pas si clair. Elle souhaitait travailler dans les arts appliqués et avait cherché une place d'apprentissage dans ce domaine, sans succès. Du 28 avril au 1^{er} novembre 2014, elle n'avait pas travaillé du tout. Elle avait repris le travail à 100 % dès le 1^{er} novembre et jusqu'à fin décembre 2014. Après qu'il lui ait été rappelé qu'elle pouvait travailler à 50 % dès septembre 2014, elle a indiqué se souvenir d'avoir travaillé à 50%, mais plus depuis quand. Tous les matins, elle se rendait au dépôt de son père pour aller travailler. En principe, il y avait du travail, mais moins l'hiver. En fait, ils travaillaient tout le temps. Son père lui avait finalement payé son salaire pour tous les mois d'incapacité de travail. Le médecin l'avait vue le jour-même de l'accident. Il a fait faire une radiographie et lui avait dit de prendre du dafalgan et du brufen. Sur question, elle a précisé avoir fait une seule séance de physiothérapie. Elle ne se souvenait pas de ce que le médecin lui avait dit à propos de la radiographie. Tout se mélangeait dans sa tête. Elle avait refusé de se faire examiner par l'expert, car elle pensait n'avoir qu'à répondre à des questions et qu'un examen lui paraissait inutile puisqu'elle était à nouveau capable de travailler. Elle avait estimé que l'expert ne faisait pas ce qu'on lui avait dit de faire. Elle ne lui avait pas fait confiance en raison de la façon dont il parlait. Quand il avait vu qu'elle ne voulait pas se faire examiner, il avait commencé à être agressif, et il lui avait dit de " dégager d'ici ". Elle n'avait pas eu d'autres raisons particulières justifiant son refus de se faire examiner. Son père l'avait emmenée chez le médecin le jour-même de l'accident.

b. Le conseil de l'intimée a indiqué à la chambre de céans que le Dr F_____ n'avait pas fait de rapport écrit, mais avait eu un entretien téléphonique avec la Bâloise, lequel n'avait pas fait l'objet d'une note écrite.

c. M. B_____ a également été entendu par la chambre de céans. Il a notamment indiqué que sa fille avait travaillé pour lui pendant plusieurs mois en 2012 avant d'avoir un accident alors qu'elle travaillait avec le bois. L'assurance avait payé. En mars 2014, il avait décidé de l'engager à nouveau. Cela devait durer un à deux mois, cela dépendrait du travail. La quantité de travail était variable. En décembre, en principe, il ne travaillait pas. A l'heure actuelle, il travaillait peu, cela faisait une semaine qu'il avait recommencé son activité. Le 28 avril 2014, le jour de l'accident de sa fille, il était présent et l'avait amenée immédiatement chez le Dr C_____. Sa fille n'avait pas continué à travailler le jour-même. Il devait payer le salaire de sa fille pendant trois mois et après il avait continué à le faire, car il ne pouvait pas la laisser sans revenu. Il n'avait pas l'intention de lui demander le remboursement des salaires versés, même s'il ne touchait finalement pas les indemnités journalières.

30. Le 11 mars 2016, l'intimée a observé que l'assurée avait reçu avant l'expertise le questionnaire adressé à l'expert et qu'elle n'avait formulé aucune question complémentaire ni motif de récusation. Elle avait refusé de manière inexcusable de se soumettre à l'expertise. Au vu de l'état du dossier en sa possession, l'intimée était légitimée à refuser tout droit aux prestations LAA en relation avec l'accident survenu le 28 avril 2014.

Par ailleurs, il y avait lieu de retenir que l'assurée ne revêtait pas le caractère de "travailleur" ou salarié" au sens de la LAA et de la LPGA au moment de l'accident du 28 avril 2014 et qu'elle n'avait jamais perçu de salaire déterminant. En effet, ses déclarations avaient varié et n'étaient pas concordantes avec celles de son père. Il y avait lieu de retenir, sous l'angle de la vraisemblance prépondérante, que ce dernier ne lui avait jamais versé de salaire pour les mois de mars et avril 2014. Les déclarations faites à la caisse, plus d'une année et demi après les faits et alors que la présente procédure était d'ores et déjà pendante, n'attestaient aucunement du paiement du revenu. Si l'on retenait que le salaire avait été payé, l'assurée n'aurait alors pas la qualité pour agir.![endif]>![if> 31. Le 22 mars 2016, la recourante a contesté les faits et arguments présentés par l'intimée dans son courrier du 16 mars 2016. Elle a, en substance, repris les arguments précédemment développés et persisté dans ses conclusions.![endif]>![if> 32. Sur cela 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 - 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. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celles du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA ; RS E 5 10), complétées par les autres dispositions de la LPA en tant que ses articles précités n'y dérogent pas (art. 89A LPA), les dispositions spécifiques que la LAA contient sur la procédure restant réservées (art. 1 al. 1 LAA). ![endif]>![if> 3. Le recours a été déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA). Il satisfait aux exigences de forme et de contenu prévues par l'art. 61 let. b LPGA (cf. aussi art. 89B LPA). L'assurée a qualité pour recourir (art. 59 LPGA). ![endif]>![if> Le présent recours sera donc déclaré recevable. 4. Selon l'art. 28 al. 2 LPGA, celui qui fait valoir son droit à des prestations doit fournir gratuitement tous les renseignements nécessaires pour établir ce droit et fixer les prestations dues. Aux termes de l'art. 43 al. 1 1ère phrase LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (art. 43 al. 2 LPGA). Si l'assuré ou d'autres requérants refusent de manière inexcusable de se conformer à leur obligation de renseigner ou de collaborer à l'instruction, l'assureur peut se prononcer en l'état du dossier ou clore l'instruction et décider de ne pas entrer en matière. Il doit leur avoir adressé une mise en demeure écrite les avertissant des conséquences juridiques et leur impartissant un délai de réflexion convenable (art. 43 al. 3 LPGA). Le cas échéant, l'assureur pourra rejeter la demande présentée par l'intéressé en considérant que les faits dont celui-ci entend tirer un droit ne sont pas démontrés (cf. ATF 117 V 261 consid. 3b p. 264 et les références).![endif]>![if> 5. Selon l'art. 55 al. 1 OLAA, l'assuré ou ses survivants doivent donner tous les renseignements nécessaires et tenir à disposition les pièces qui servent à déterminer les circonstances et les suites de l'accident et à fixer les prestations d'assurance, en particulier les rapports médicaux, les rapports d'expertises, les radiographies et les pièces permettant de déterminer le gain de l'assuré. Ils doivent autoriser des tiers à fournir de tels documents et à donner des renseignements.![endif]>![if> Selon l'art. 55 al. 2 OLAA, l'assuré doit se soumettre à d'autres mesures d'investigation

ordonnées par l'assureur en vue d'un diagnostic et de la fixation des prestations, en particulier aux examens médicaux que l'on peut raisonnablement lui imposer. Ne sont pas raisonnablement exigibles les mesures médicales qui représentent un danger pour la vie ou la santé de l'assuré. 6. En présence d'un refus de collaborer, le juge est fondé à procéder à une appréciation des preuves sur la base des éléments du dossier (KIESER, ATSG-Kommentar, Zurich 2003, note 59 ad art. 61). Il ne peut toutefois se contenter d'examiner la décision attaquée sous l'angle du refus de collaborer de l'intéressé et s'abstenir de tout examen matériel de ladite décision sous l'angle des faits médicaux retenus par l'assureur (ATFA non publié du 16 novembre 2001, U 77/01 consid. 3 bb; voir aussi RCC 1985 p. 322).!endif]>!if> 7. 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 ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 139 V 176 consid. 5.3 et les références). Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b ; 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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 322 consid. 5a).!endif]>!if> 8. Il convient en général d'accorder la préférence aux premières déclarations de l'assuré, faites alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être – consciemment ou non – le fruit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 47 consid. 2a ; 115 V 143 consid. 8c).!endif]>!if> 9. Le principe inquisitoire, qui régit la procédure dans le domaine de l'assurance sociale (cf. art. 43 al. 1 et 61 let. c LPG), exclut que la charge de l'apport de la preuve ("Beweisführungslast") incombe aux parties, puisqu'il revient à l'administration, respectivement au juge, de réunir les preuves pour établir les faits pertinents. Dans le procès en matière d'assurances sociales, les parties ne supportent en règle générale le fardeau de la preuve que dans la mesure où la partie qui voulait déduire des droits de faits qui n'ont pas pu être prouvés en supporte l'échec. Cette règle de preuve ne s'applique toutefois que s'il n'est pas possible, dans les limites du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 128 V 218 consid. 6 ; ATF 117 V 261 consid. 3b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_632/2012 du 10 janvier 2013 consid. 6.2.1).!endif]>!if> 10. a. En l'espèce, l'assurée ne s'est pas laissée examiner par l'expert sans raison valable. Un tel examen était conforme au mandat d'expertise et nécessaire, quand bien même l'assurée avait retrouvé une pleine capacité de travail au moment de l'expertise, dès lors que les résultats du RX de sa colonne lombaire suggéraient un état préexistant susceptible de causer des douleurs dorsales. L'assurée n'a pas rendu vraisemblable que l'expert aurait procédé à un "traitement" ne correspondant pas au mandat d'expertise. Il ressort, au contraire, de ses déclarations à la chambre de céans qu'elle pensait, à tort, devoir uniquement répondre à des questions.!endif]>!if> b. S'il est regrettable que l'intimée ait pris sa décision sans que figure au dossier le moindre rapport de l'expert qu'elle avait mandaté, il sera renoncé à compléter le dossier sur ce point, dès lors que l'assurée ne conteste pas avoir refusé de se faire examiner par l'expert. c. L'assurée avait été

correctement avertie, oralement le 7 novembre 2014, et par courrier adressé à elle en pli recommandé le même jour, des conséquences d'une non-collaboration à l'expertise. d. Il convient, en conséquence, de retenir que l'intimée était fondée à statuer en l'état du dossier, au vu du refus de collaborer de l'assurée, en application de l'art. 43 al. 3 LPGA. e. À cet égard, il faut relever, en premier lieu, que les déclarations de l'assurée n'ont pas été constantes et qu'elle s'est contredite sur plusieurs points. Elle a, en effet, déclaré à l'intimée, le 18 juillet 2014, que, le jour de l'accident, elle avait continué à travailler après ce dernier et qu'elle n'avait vu son médecin que plusieurs jours après, soit le 9 mai 2014. Or, elle a soutenu devant la chambre de céans qu'elle s'était rendue immédiatement après l'accident chez son médecin. D'autres contradictions relatives à ses périodes d'activités pour son père, à son domicile et au suivi de son courrier, notamment, ressortent de la note du gestionnaire de l'intimée du 7 novembre 2014 et de son audition par la chambre de céans. Il résulte des considérations qui précèdent que la crédibilité de l'assurée est réduite, ce qui est de nature à fonder des doutes tant sur la réalité de son activité réelle pour son père, que sur celle de l'accident et de son incapacité de travail. f. Les déclarations du père de l'assurée n'emportent pas non plus conviction du fait qu'il a indiqué à la chambre de céans avoir amené sa fille chez le médecin juste après l'accident, ce qui ne concorde pas avec la première version des faits de sa fille ni avec la date du premier certificat médical établi par le Dr C_____. g. Par ailleurs, bien que le médecin traitant de l'assurée ait attesté, le 3 juin 2014, d'une contusion lombaire dès le 28 avril 2014, cette attestation a une valeur probante limitée, dès lors que ce médecin a examiné la patiente plus de 10 jours après l'accident allégué. Ses conclusions apparaissent ainsi reposer essentiellement sur les déclarations de l'assurée. Le fait que cette dernière ait attendu autant pour se rendre chez son médecin, tout comme le fait qu'elle n'ait pas spontanément parlé de physiothérapie comme traitement devant la chambre de céans, alors que le médecin avait préconisé ce seul traitement, confortent les doutes sur la réalité de l'accident et les conséquences réelles de ce dernier. h. Il apparaît en outre possible que les douleurs alléguées par l'assurée aient une autre cause que l'accident, dès lors que les résultats du RX de sa colonne lombaire ont mis en évidence "une attitude scoliotique à convexité droite avec une lordose physiologique conservée". 11. Au vu des considérations qui précèdent, l'intimée était fondée, en l'état du dossier, à retenir qu'il n'était pas établi, avec le degré de vraisemblance requis, que l'incapacité de travail de l'assurée était en lien de causalité naturelle et adéquate avec les conséquences d'un accident du 28 avril 2014. La recourante doit supporter l'échec du fardeau de la preuve des faits qu'elle a allégués. C'est ainsi, à juste titre, que l'intimée a refusé la prise en charge des suites de l'événement du 28 avril 2014.!

12. Le recours, infondé, sera rejeté.!

13. La procédure est gratuite.!

PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme : 1. Déclare le recours recevable.!

Au fond : 2. Le rejette.!

3. Dit que la procédure est gratuite.!

4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.!

La greffière Brigitte BABEL

La présidente Catherine TAPPONNIER Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le

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