

GE_GERICHTE A/2175/2012 vom 12. März 2013

GE Cour de justice, 2013-03-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2175_2012

FR: GE_GERICHTE A/2175/2012 du 12 mars 2013

IT: GE_GERICHTE A/2175/2012 del 12 marzo 2013

Erwägungen

E. 1

ère Chambre En la cause Monsieur M _____, domicilié à Ville-la-Grand, FRANCE recourant contre SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, Rechtsabteilung, sise Fluhmattstrasse 1, Lucerne, comparant avec éléction de domicile en l'étude de Maître Olivier DERIVAZ intimée EN FAIT Monsieur M _____ (ci-après : l'assuré), ressortissant français, né en 1956, a été embauché en qualité de monteur en chauffage pour une mission temporaire dès le 5 septembre 2011 par X _____ SA à Genève. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt, ci-après : la SUVA). Le 6 septembre 2011, au terme de sa journée de travail, l'assuré est sorti d'un chantier en poussant son scooter, qui est tombé, l'entraînant dans sa chute. Il a atterri sur son côté droit, se blessant le dos et le genou droit. Cet accident a été déclaré à la SUVA le 13 septembre 2011. Le Dr A _____, rhumatologue à Annemasse, a établi un certificat le 7 septembre 2011. L'assuré présentait une incapacité de travail totale jusqu'au 25 septembre 2011 en raison de lombalgies mécaniques. L'arrêt de travail a ensuite été régulièrement prolongé par le médecin jusqu'au 31 juillet 2012 au vu des lombalgies et de la gonalgie à droite post-traumatiques. Le 30 septembre 2011, le Dr B _____, radiologue également à Annemasse, a constaté qu'à l'étage rachidien, il n'y avait pas de trouble notable de la statique pelvienne ou rachidienne, ni de modification de hauteur des corps vertébraux, mais une diminution de hauteur du disque L5-S1 avec pincement prédominant à gauche, une ostéophytose antérieure en L4, ainsi qu'un aspect symétrique des interlignes sacro-iliaque et coxo-fémoraux. Au genou, un discret pincement du compartiment interne de la fémoro-tibiale et externe de la fémoro-patellaire, une ostéophytose rotulienne et condylienne de part et d'autre, et une minime grisaille de la bourse quadricipitale en faveur d'un épanchement articulaire, ont été mis en évidence. Dans son rapport pour la SUVA du 14 octobre 2011, le Dr A _____ a fait état de douleurs arthrosiques post-traumatiques. Par pli du 9 novembre 2011, l'employeur de l'assuré a résilié le contrat de travail avec effet au 11 novembre 2011. Le Dr A _____ a indiqué le 16 novembre 2011 que l'assuré souffrait de douleurs persistantes aux lombaires et au genou droit. Il bénéficiait d'une rééducation pour ces deux problèmes et prenait des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) ainsi que des antalgiques. D'après une note téléphonique de la SUVA du 8 décembre 2011, l'assuré était toujours en arrêt de travail et faisait de la physiothérapie deux fois par semaine. Selon le rapport du 8 mars 2012 de l'inspecteur accidents, l'assuré a déclaré que sa situation au niveau de la colonne lombaire s'était aggravée depuis trois mois. Il présentait des douleurs lors de position assise prolongée ou de montées et descentes d'escaliers. Il portait une ceinture lombaire. L'évolution au niveau de son genou droit était superposable à celle de son dos. Il ressentait de violentes douleurs à la rotule lorsqu'il fléchissait la jambe ou s'agenouillait. L'assuré

prenait des médicaments (Dafalgan et Piroxicam-Mepha) et suivait des séances de physiothérapie une fois par semaine. A la suite d'un courrier de la SUVA du 16 mars 2012, le Dr A_____ a complété un questionnaire. L'assuré présentait une persistance de ses douleurs. Les investigations pratiquées révélaient une discarthrose L5-S1 pour le rachis et une arthrose fémoro-tibiale interne et externe pour le genou droit. L'incapacité de travail était toujours de 100% et l'état de santé n'était pas stabilisé. Dans un avis du 19 mars 2012, le Dr C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA, a étudié l'évolution de l'état de l'assuré sur la base du dossier. Il a constaté : "Le bilan radiographique disponible, pratiqué après l'accident déclaré, met en évidence des lésions de type dégénératif du genou droit et de la colonne lombaire qui ne sont pas en lien de causalité avec l'accident évoqué. Le radiologue ne constate aucune lésion traumatique récente. En conséquence, la contusion évoquée par l'assuré n'est pas accompagnée de lésion structurelle imputable à son sinistre." Le Dr C_____ en a conclu que "la contusion que l'assuré a déclarée survient sur un terrain dégénératif qui a tout au plus pu être passagèrement aggravé par la contusion. Toutefois, en l'absence d'une lésion traumatique qui puisse être imputée à cet accident, on peut considérer qu'au plus tard 6 mois à dater du sinistre, ce dernier a entièrement cessé de déployer ses effets délétères et ceci définitivement." Par décision du 20 mars 2012, la SUVA a mis un terme aux prestations de l'assurance-accidents pour le 31 mars 2012, au motif que selon l'avis de son médecin d'arrondissement, l'accident de l'assuré ne jouait plus aucun rôle dans les troubles que ce dernier présentait encore à ce moment. Les troubles qui subsistaient n'étaient plus dus à l'accident mais étaient de nature malade. Le 12 avril 2012, l'assuré a formé opposition à cette décision, alléguant qu'il souffrait toujours du genou et du dos depuis l'accident. Par pli du 1^{er} juin 2012, la SUVA a prié l'assuré de bien vouloir lui adresser toutes les radiographies et autres examens effectués, ainsi que les comptes-rendus y relatifs. Il résulte cependant d'une note téléphonique de la SUVA du 12 juin 2012, que ni l'assuré, ni son médecin ne disposaient de radiographies. Par décision du 18 juin 2012, la SUVA a rejeté l'opposition et confirmé sa décision. Par acte du 16 juillet 2012, l'assuré a formé recours contre ladite décision. Il demande implicitement que les prestations de l'assurance-accidents lui soient versées. Il rappelle qu'il souffre depuis son accident et considère que ses problèmes de santé sont liés à un accident de travail et non à une maladie professionnelle. Dans sa réponse du 13 août 2012, l'intimée a rappelé que selon le bilan radiologique à disposition, le recourant souffre d'altérations dégénératives au niveau du genou droit, sans autre lésion traumatique mise en évidence. L'événement accidentel a tout au plus pu aggraver passagèrement l'état antérieur, mais pas au-delà de six mois après les faits. L'intimée a conclu à la confirmation de sa décision sur opposition. Par courriers du 21 septembre 2012, la Cour de céans a prié les Drs A_____ et B_____ de se déterminer sur les résultats des radiographies réalisées le 30 septembre 2011 par ce dernier. Le Dr B_____ a toutefois refusé de répondre, au motif qu'il n'était pas médecin expert. Le Dr A_____ a indiqué le 2 octobre 2012 que "Certifie que l'assuré, né le 3 janvier 1956, présente des douleurs mécaniques du genou droit et du rachis lombaire suite à son accident du 6 septembre 2011 (chute d'un scooter). Les RX ont mis en évidence une discrète arthrose fémoro-tibiale interne et fémoro-patellaire externe du genou droit ; une discopathie L5/S1. Le patient a donc une arthrose du genou droit et une discopathie lombaire L5/S1 expliquant les douleurs du patient. Ces douleurs sont en rapport avec son accident car elles n'existaient pas avant le 6 septembre 2011. L'imagerie est effectivement en faveur des lésions dégénératives du genou droit et du rachis lombaire mais la chute du

scooter a décompensé son arthrose qui était latente jusque-là. Je n'ai pas constaté de lésions traumatiques chez l'assuré à la suite de son accident." Invitée à se déterminer, la SUVA a considéré le 15 février 2013, que l'avis du Dr A_____ confirmait ce qui ressortait déjà du dossier, à savoir que l'assuré souffrait uniquement d'altérations dégénératives de son genou droit sans présence de lésion traumatique. Elle maintient dès lors ses conclusions. L'assuré ne s'est quant à lui pas manifesté. Le courrier de la SUVA lui a été transmis et la cause gardée à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA; RS 832.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 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. 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). Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Le recours a été déposé dans le délai légal (art. 60 LPGA). L'acte de recours ne contient pas de conclusion. L'on comprend néanmoins que le recourant souhaite faire annuler la décision litigieuse et recevoir les prestations de l'assurance-accidents au motif qu'il continue de souffrir des suites de son accident. Les exigences minimales de motivation du recours sont ainsi remplies. Le recours est donc recevable (art. 61 let. b LPGA). L'objet du litige porte sur le droit du recourant de bénéficier des prestations de l'intimée au-delà du 31 mars 2012, et en particulier sur le lien de causalité entre les troubles qu'il présente actuellement et l'événement accidentel survenu le

E. 6

septembre 2011. L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel (art. 6 al. 1 LAA). Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA; ATF 129 V 402 consid. 2.1, 122 V 230 consid. 1 et les références). Conformément à l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à cette indemnité naît le troisième jour qui suit l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2). Il s'éteint également si l'incapacité de travail subsiste, mais qu'elle n'est plus en relation de causalité avec une atteinte à la santé d'origine accidentelle (ATFA non publié U 193/03 du 8 octobre 2004, consid. 3). Le droit à l'indemnité suppose, cumulativement, l'existence d'un lien de causalité (ATF 129 V 181 consid. 3.1 et les références) et adéquate (ATF 129 V 181 consid. 3.2 et la référence) entre l'événement assuré et l'atteinte à la santé. Le point de savoir si et dans quelle mesure une atteinte à la santé imputable à un accident a causé effectivement une incapacité de travail (ou de gain) donnant droit à des prestations, doit être tranché selon la règle de la vraisemblance prépondérante, usuelle en droit des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b). 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. 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, 402 consid. 4.3.1, 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 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. Si un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine; RAMA 1992 n. U 142 p. 75 consid. 4b; FRESARD/MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerische Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2 ème éd., n. 80 p. 865). Selon la doctrine médicale, une simple contusion ou distorsion vertébrale cesse de produire ses effets après plusieurs mois. Selon la jurisprudence, l'aggravation traumatique d'un état dégénératif antérieur cliniquement asymptomatique de la colonne vertébrale est, en règle générale, à considérer comme terminée après six à douze mois (ATF non publié 8C_1009/2009 du 4 mai 2010 consid. 3.1). Dans le cadre de lombalgies ou de lombosciatalgies sans constatation d'une aggravation radiologique, le statu quo est en principe retrouvé après trois ou quatre 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'il s'agit d'un accident sans lésions structurelles au squelette, il y a lieu de considérer que la chronification des plaintes doit être de plus en plus attribuée à d'autres facteurs (étrangers à l'accident) (ATFA non publié U 354/04 du 11 avril 2005 consid. 2.2 et les références ; ATFA non publié U 60/02 du 18 septembre 2002 et les références). Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte la santé. Il faut que, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, l'accident soit propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et la référence; ATF non publié 8C_628/2007 du 22 octobre 2008), au point que le dommage puisse encore équitablement être mis à la charge de l'assurance-accidents eu égard aux objectifs poursuivis par la LAA (cf. ATF 123 V 98 consid. 3 et les références). En présence d'une atteinte à la santé

physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (cf. ATF 118 V 291 consid. 3a, 117 V 364 consid. 5d/bb et les références). 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). 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). 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 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). 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 (cf. RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). 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 celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc). 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 prépondérant. 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 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). 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 consid. 2 et la référence), 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 264 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, U 222/04 du 30 novembre 2004; U 66/04 du 14 octobre 2004 et U 159/04 du 4 octobre 2004). En l'espèce, il n'est pas contesté que les gonalgies et lombalgies, qui sont apparues à la suite de la chute avec le scooter le 6 septembre 2011, sont en lien de causalité naturelle et adéquate avec cette dernière. Il est en revanche litigieux de savoir si les affections qui persistent sont encore en lien de causalité avec le sinistre plus de six mois après celui-ci. Le médecin d'arrondissement de l'intimée a étudié le dossier du recourant, qui comportait les constatations médicales du médecin traitant et des radiographies du rachis lombaire et du genou droit, ainsi que le rapport de l'inspecteur accidents. Dans son avis du 19 mars 2012, il a indiqué que le recourant présentait des lésions de type génératif, qui ne sont pas en lien de causalité avec l'événement accidentel. Aucune lésion traumatique récente n'avait été mise en évidence par le radiologue. Compte tenu de ce qui précède, il a considéré qu'au plus tard six mois après le sinistre, ce dernier a cessé de déployer ses effets délétères, ce qui correspond aux principes posés par la jurisprudence notamment en matière de lombalgies, selon lesquels le statu quo est en principe retrouvé après trois ou quatre mois. En ce qui concerne le genou, la jurisprudence prévoit que sans lésion structurelle du squelette, la chronification des plaintes doit être de plus en plus attribuée à d'autres facteurs étrangers à l'accident. L'appréciation du médecin d'arrondissement est ainsi suffisamment approfondie sur les points litigieux. Elle ne comporte pas de contradiction. L'on notera également que l'événement traumatique a été relativement modeste. Aussi l'appréciation médicale est-elle convaincante dans ses résultats. Aussi, toutes les conditions formelles et matérielles posées par la jurisprudence étant réalisées, l'avis du médecin de l'intimée a-t-il pleine valeur probante. Cela étant, l'assuré allègue qu'il souffre encore du dos et du genou à la suite de

son accident. Lors de l'instruction de son opposition, il n'avait cependant aucune radiographie à produire à l'appui de son argumentation. Le médecin traitant du recourant a établi des certificats médicaux ainsi que des rapports pour la SUVA. Il fait ainsi régulièrement état de la persistance des douleurs liées à la gonalgie et aux lombalgies et des traitements suivis. Il n'émet cependant aucune d'appréciation sur le cas de son patient, en particulier, et ne s'exprime pas sur la causalité entre les affections et l'accident. Par ailleurs, il n'indique pas d'aggravation de l'état de santé de l'assuré. Le Dr B_____ a refusé de répondre aux questions posées par la Cour de céans. Le Dr A_____ a quant à lui rédigé un certificat le 2 octobre 2012, aux termes duquel "l'imagerie est effectivement en faveur des lésions dégénératives du genou droit et du rachis lombaire". Il ajoute toutefois que "la chute du scooter a décompensé son arthrose qui était latente jusque-là". Force dès lors est de constater qu'aucun élément susceptible de mettre en doute l'avis du médecin de l'intimée n'a pu être avancé. L'assuré ne parvient ainsi pas à apporter un indice concret apte à remettre en cause les observations et conclusions du médecin d'arrondissement. En conclusion et au degré de vraisemblance prépondérante requis par la jurisprudence, les douleurs actuelles ne sont plus liées à l'événement traumatique du 6 septembre 2011. L'assuré n'est plus en droit de recevoir des prestations de l'assurance-accidents. Eu égard à ce qui précède, c'est à juste titre que l'intimée a mis un terme à ses prestations dès le 31 mars 2012. Le recours, mal fondé, doit être rejeté. La procédure est gratuite. **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Dit que la procédure est gratuite. 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 Nathalie LOCHER La présidente Doris GALEAZZI 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.