

GE_GERICHTE A/2858/2012 vom 20. März 2013

GE Cour de justice, 2013-03-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2858_2012

FR: GE_GERICHTE A/2858/2012 du 20 mars 2013

IT: GE_GERICHTE A/2858/2012 del 20 marzo 2013

Erwägungen

E. 4

ème Chambre En la cause Madame S _____, domiciliée à COLLONGE-BELLERIVE recourante contre VAUDOISE GENERALE, COMPAGNIE D'ASSURANCES SA, sise Place de Milan, LAUSANNE intimée EN FAIT Madame S _____ (ci-après : l'assurée), née en 1979, travaille depuis le 1^{er} février 2009 en tant que secrétaire auprès de X _____ (ci-après : l'employeur). A ce titre, elle est couverte contre les accidents professionnels et non professionnels par la VAUDOISE GENERALE COMPAGNIE D'ASSURANCES SA (ci-après : la VAUDOISE). Selon la déclaration d'accident LAA bagatelle, remplie le 8 juillet par son employeur, elle a été victime d'un accident non professionnel le 2 juin 2011. Alors qu'elle jouait au frisbee à la plage de la Savonnière, elle est tombée en voulant rattraper ce dernier. Elle a subi une lésion musculaire à l'épaule gauche. Le 7 juillet 2011, l'assurée a consulté en urgence la Clinique des Grangettes. Dans son rapport du 8 juillet 2011, le Dr A _____ a diagnostiqué une suspicion de lésion de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche post-traumatique. Depuis sa chute, la patiente souffrait de douleurs de l'épaule gauche irradiant dans la nuque et dans le bras. Elle s'était automédiquée de manière régulière avec du Dafalgan et du Ponstan. Elle consultait en raison d'une persistance des symptômes malgré ce traitement conservateur. Lors de l'examen, il existait une rotation externe douloureuse en fin de course et une abduction limitée par la douleur à 90°. Sur la radiographie de l'épaule, il n'y avait pas de fracture visible. Selon le rapport radiologique du 8 juillet 2011, un petit dépôt calcique était visible sur l'incidence de Neer. En conclusion, il n'y avait aucune lésion osseuse ou articulaire post-traumatique. Le Dr A _____ a indiqué dans la rubrique « inscriptions du médecin » de la déclaration d'accident LAA bagatelle, le 14 juillet 2011, que le traitement serait probablement terminé dans trois semaines. Par courrier du 18 juillet 2011 adressé au chef du personnel de l'employeur, la VAUDOISE a noté que l'événement du 2 juin 2011 n'entraînait pas d'incapacité de travail et a accepté de prendre en charge les frais du traitement médical. L'assurée s'est soumise, le 18 juillet 2011, à une échographie de l'épaule gauche qui a révélé une calcification à bords très bien délimités, d'environ trois millimètres et demi, localisée dans la partie inférieure du tendon subscapulaire, à son insertion. La calcification était calme, sans signe de déchirure récente ni d'hyperhémie. Tant les muscles que la bourse synoviale sous-acromiale ne montraient pas d'altération significative. Le 9 août 2011, le Dr B _____, spécialiste en médecine interne FMH, a prescrit un traitement de physiothérapie de neuf séances que l'assurée a suivi du 12 août au 30 septembre 2011. Sous la rubrique diagnostic de la prescription de physiothérapie, il a indiqué « douleurs épaule gauche post-traumatiques ». Ces séances ont été facturées à la VAUDOISE, le 23 mars 2012. Dans son rapport du 31 août 2011, le Dr A _____ a précisé que les lésions étaient uniquement dues à l'accident. Dans le questionnaire qu'il a rempli le 14 septembre 2011, le Dr C _____, médecin-conseil de la VAUDOISE et

chirurgien-orthopédiste FMH, a diagnostiqué une contusion. Les radiographies et l'échographie de l'épaule gauche n'avaient révélé aucune lésion traumatique. L'intervention de l'assureur-accidents pouvait être admise pendant trois mois. Il fallait faire attention à la périarthrite calcifiante. Le 24 janvier 2012, l'assurée a réannoncé son cas à la VAUDOISE par téléphone. Dans le formulaire de rapport médical initial envoyé par la VAUDOISE le 24 janvier 2012 et que le Dr B _____ a rempli le 16 février 2012, il a diagnostiqué une contusion/tendinite de l'épaule gauche. Les lésions étaient uniquement dues à l'événement du 2 juin 2011. Le traitement était terminé depuis la fin de la physiothérapie prescrite le 9 août 2011. Il n'y avait pas d'incapacité de travail. Dans le questionnaire pour rechute du 24 janvier 2012, rempli le 17 février 2012, l'assurée a indiqué n'avoir pas suivi de traitement entre le 19 octobre 2011 et le 24 janvier 2012. Il n'y avait pas eu de consultations chez le Dr B _____, mais le cas n'avait pas été clôturé. Aucun médicament et aucune thérapie n'avaient été ordonnés durant cette période. En revanche, elle avait pris elle-même du Dafalgan et du Ponstan. Dix jours avant d'appeler la VAUDOISE, elle avait à nouveau ressenti des douleurs au niveau de l'épaule semblables à celles existant juste après l'accident qui se manifestaient lors de toutes ses activités quotidiennes. Elle n'avait pas subi de nouvel accident. Le Dr B _____ lui avait prescrit de la physiothérapie. Dans la prescription de neuf séances de physiothérapie du 23 février 2012, le Dr B _____ a mentionné un diagnostic de « périarthrite scapulohumérale subscapulaire gauche post traumatisme du 2 juin 2011 ». Ces séances ont eu lieu du 27 février au 23 mars 2012. Puis, le 22 mars 2012, il a prescrit neuf séances de physiothérapie avec ondes de choc. Il n'a pas mentionné de diagnostic tout en indiquant qu'il s'agissait des suites d'un accident. Dans la rubrique « mesures physiothérapeutiques », il a indiqué « périarthrite calcifiante de l'épaule gauche ». Ces séances ont eu lieu du 17 avril au 15 juin 2012. Sur demande de la VAUDOISE souhaitant obtenir un rapport médical à la suite de la consultation du 23 février 2012 afin de permettre à son médecin-conseil d'examiner le lien de causalité avec l'événement du 2 juin 2011, le Dr B _____ a précisé qu'il s'agissait d'une suite de traitement pour le même événement avec contusion/tendinite de l'épaule gauche. Le 5 juin 2012, le Dr C _____ a complété le questionnaire déjà rempli le 14 septembre 2011. Il a proposé à la VAUDOISE de prendre en charge la physiothérapie du 16 août au 30 septembre 2011 et de refuser la consultation du 23 février 2012 ainsi que les neuf séances de physiothérapie à partir du 27 février 2012. Par décision du 8 juin 2012, la VAUDOISE a nié l'existence d'un lien de causalité probable entre l'accident du 2 juin 2011 et les troubles de l'épaule gauche apparus au début de l'année 2012 au motif que, selon l'avis de son médecin-conseil, les troubles actuels étaient d'origine dégénérative. Par conséquent, son cas relevait de l'assurance-maladie. Le 4 juillet 2012, l'assurée a formé opposition à ladite décision au motif que les soins médicaux actuels faisaient suite à sa chute en jouant au frisbee. En effet, cette dernière l'avait contrainte à consulter un médecin et à traiter son épaule gauche. Le fait que des calcifications aient été découvertes lors du traitement de cet accident ne pouvait pas justifier le refus car les lésions subies concernaient également les ligaments et les muscles. Par décision du 16 août 2012, la VAUDOISE a rejeté l'opposition. Elle a considéré que la question litigieuse était essentiellement d'ordre médical. Ainsi que cela ressortait du dossier médical, particulièrement du rapport de l'examen échographique du 18 juillet 2011, l'assurée présentait une calcification d'origine malade préexistante, même si elle était restée relativement, voire totalement asymptomatique jusque-là. Selon son médecin-conseil qui se basait sur le dossier médical, le traitement de la contusion de l'épaule gauche provoquée par

l'accident du 2 juin 2011 ne saurait excéder quatre mois. Par conséquent, le statu quo sine était atteint au plus tard à la fin de la première série de physiothérapie, soit le 30 septembre 2011. Au-delà de ces quatre mois depuis l'accident, seul l'état maladif préexistant était susceptible de jouer un rôle. Par acte du 20 septembre 2012, l'assuré a recouru contre ladite décision sur opposition. Elle conclut à la constatation que « les conditions juridiques de l'accident perdurent » et à la poursuite de la prise en charge des frais de traitement. Elle précise avoir subi, lors de la chute du 2 juin 2011, plusieurs blessures et contusions sur le côté gauche du corps qui ont toutes disparu après un traitement personnel à base d'antidouleurs, d'anti-inflammatoires et d'immobilisation, sauf celles à l'épaule gauche. Elle n'avait jamais ressenti de douleurs à cette articulation avant cet accident. A la suite des séances de physiothérapie de l'été 2011, les douleurs s'étaient atténuées mais n'avaient pas disparu. Selon le Dr B _____, les douleurs ravivées en janvier 2012 étaient une suite de traitement liée à l'accident. Le médecin-conseil de l'intimée s'était contenté de poser un diagnostic sur la base des rapports médicaux sans l'avoir examinée. Son appréciation se basait sur une échelle de référence et des cas-types sans tenir compte du cas particulier. Dans sa réponse du 18 octobre 2012, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle a repris les arguments développés dans sa décision sur opposition. Le 19 octobre 2012, la Cour de céans a transmis cette écriture à la recourante et l'a informée qu'elle pouvait consulter les pièces du dossier auprès du greffe. Une audience de comparution personnelle des parties a eu lieu le 14 novembre 2012. La recourante a déclaré être d'accord que les derniers traitements, à savoir les ondes de choc, ne soient pas à la charge de l'assureur-accidents. En revanche, le premier bon de physiothérapie du 23 février 2012 était à la charge de l'intimée car ce traitement était toujours en lien avec l'événement traumatique. Sur quoi, la Cour a gardé la cause 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. 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). Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). La décision sur opposition du 16 août 2012 est arrivée pour distribution, le 17 août 2012, à l'office postal du domicile de la recourante. Celle-ci ayant fait garder son courrier par l'office postal en raison de son absence, ladite décision ne lui a été remise, en définitive, que le 28 août 2012. En vertu de l'art. 38 al. 2bis LPGA entré en vigueur le 1^{er} janvier 2007 et applicable au délai de recours au vu de l'art 60 al. 2 LPGA, une communication qui n'est remise que contre la signature du destinataire ou d'un tiers habilité est réputée reçue au plus tard sept jours après la première tentative infructueuse de distribution. Selon la jurisprudence, la partie qui, pendant une procédure, s'absente un certain temps du lieu dont elle a communiqué l'adresse aux autorités, en omettant de prendre les dispositions nécessaires pour que les envois postaux parvenant à cette adresse lui soient transmis, ou de renseigner l'autorité sur l'endroit où elle peut être atteinte, ou encore de désigner un

représentant habilité à agir en son nom, ne peut se prévaloir de son absence lors de la tentative de notification d'une communication officielle à son adresse habituelle, si elle devait s'attendre avec quelque vraisemblance à recevoir une telle communication (ATF 119 V 89 consid. 4b/aa; cf. aussi ATF 123 III 492). La présomption - reconnue précédemment par application analogique de la jurisprudence - selon laquelle en cas de demande de garde du courrier comme en cas de remise des envois postaux dans une boîte aux lettres ou une case postale, un envoi recommandé est réputé communiqué le dernier jour d'un délai de sept jours dès réception du pli par l'office postal du domicile du destinataire (ATF 123 III 492), demeure valable sous l'empire du nouveau droit - désormais par analogie avec l'art. 38 al. 2bis LPGA (ATF 134 V 49 consid. 4). En l'espèce, au vu de ces principes, la décision sur opposition du 16 août 2012 est réputée avoir été reçue sept jours après la première tentative infructueuse de distribution, soit le vendredi 24 août 2012. Partant, le délai de recours a commencé à courir le 25 août 2012 (art. 38 al. 1 LPGA) et est arrivé à échéance le lundi 24 septembre 2012 (art. 38 al. 3 LPGA). Par conséquent, le recours du 20 septembre 2012 a été formé en temps utile (art. 39 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA). Le litige porte sur la suppression par l'intimée de ses prestations à partir du 1^{er} octobre 2011, plus particulièrement sur le lien de causalité entre les neuf séances de physiothérapie suivies du 27 février au 23 mars 2012 et l'accident du 2 juin 2011. 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. 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1 , 402 consid. 4.3.1; ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b 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 à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était 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, 402 consid. 2.2; ATF 125 V 456 consid. 5a 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 et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA). A cet égard, la jurisprudence considère que plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, et plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (RAMA 1997 n° U 275 p. 191 consid. 1c ; cf. également ATF 8C_102/2008 du 16 septembre 2008 consid. 2.2). 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. Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prester de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) 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). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (*statu quo ante* ou *statu quo sine*) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales. La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit pas (ATF 126 V 360 consid. 5b, ATF 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46). 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. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 157 consid. 1b et les références). 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). 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). 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). En l'espèce, selon les rapport radiologiques des 8 et 18 juillet 2011, l'accident du 2 juin 2011 n'a provoqué ni lésion osseuse, ni lésion articulaire, ni déchirure de la coiffe des rotateurs. Dans sa prescription de physiothérapie du 9 août 2011, le Dr B_____ a diagnostiqué des douleurs de l'épaule gauche post-traumatiques ce qui constitue la description d'un état et non pas un diagnostic. Dans son rapport du 16 février 2012, il diagnostique une contusion/tendinite de l'épaule gauche. Pour sa part, au vu des divers rapports médicaux, le médecin-conseil de l'intimée pose le diagnostic de contusion. L'intimée a supprimé le droit aux prestations d'assurance à partir du 1^{er} octobre 2011, motif pris qu'il existait un état pathologique antérieur et qu'à cette date, l'accident ne jouait plus de rôle dans la persistance des troubles. Elle s'est fondée pour cela sur une appréciation de son médecin-conseil, le Dr C_____, datée des 14 septembre 2011 et 5 juin 2012 qui est en réalité un questionnaire préimprimé de trois pages dont la première page est remplie par l'administration. Dans la seconde page, le médecin a coché la case « facteurs étrangers à l'accident » et a mentionné « calcification de 3,5 mm à l'insertion du sous-scapulaire ». Dans la troisième page, sous la rubrique « remarques », il a indiqué : « Intervention de l'assureur accident à 3 mois - 4 mois périarthrite calcifiante 16 août à 30 sept. physio Ok Consult. 23 fév. 12 = refusé Dès 27.2.12 9 séances de physio = refusé » De telles notes écrites à la main en style télégraphique ne peuvent à l'évidence pas être considérées comme un rapport médical, tant elles sont laconiques. Par ailleurs, il s'agit uniquement de conclusions qui ne comportent aucun raisonnement, ni début de motivation. Par conséquent, au vu des conditions jurisprudentielles rappelées ci-dessus au considérant 6, elles n'ont aucune valeur probante ce d'autant plus que la question du lien de causalité n'a fait l'objet d'aucune étude fouillée et que la description des interférences médicales n'est pas claire. On ne sait notamment pas s'il est vraisemblable ou simplement possible que l'accident n'ait plus d'effet causal au vu de l'état antérieur asymptotique avant l'événement du 2 juin 2011. Si l'influence de l'état antérieur sur le réveil des douleurs est seulement possible, voire probable, cela ne suffit toutefois pas pour établir de façon manifeste le caractère exclusivement dégénératif de ces lésions huit mois après l'accident et quatre mois après la première série de neuf séances de physiothérapie. Enfin les conclusions du médecin-conseil ne sont absolument pas motivées. Quant au rapport du Dr B_____ du 16 février 2012, on n'arrive pas à discerner si son contenu se rapporte à la physiothérapie prescrite le 9 août 2011 ou s'il a trait à la situation à partir du 16 février 2012. Quoiqu'il en soit, le Dr B_____ se borne à affirmer que la conclusion/tendinite est uniquement due à l'événement du 2 juin 2011 sans motiver son appréciation. Par conséquent, il n'a pas davantage de valeur probante pour trancher la question du lien de causalité naturelle entre les troubles réannoncés le 24 janvier 2012 et l'accident du 2 juin 2011. Aussi, force est de constater qu'il n'existe aucun rapport médical ayant valeur probante qui se prononce sur le lien de causalité entre lesdits troubles et l'accident. 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). En vertu de l'art. 61 let. c LPGA, le tribunal cantonal des assurances établit avec la collaboration des parties les faits déterminants pour la solution du litige; il administre les preuves nécessaires et les apprécie librement. Ainsi, dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties 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, arrêt U 355/98 du 9 septembre 1999) entre seulement en considération 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 au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b). 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 ATF non publié 8C_86/2009 du 17 juin 2009, consid. 4). 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 publié U 47/07 du 23 juin 2008, consid. 4 et les références). Le juge des assurances sociales doit 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. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; ATFA non publié I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3). Selon la jurisprudence, le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206). Au vu de la dernière précision de jurisprudence (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3), valable également dans le domaine de l'assurance-accidents (ATF 138 V 318 consid. 6.1.3), le

Tribunal cantonal doit en principe mettre en œuvre lui-même une expertise judiciaire lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante. Toutefois, un renvoi à l'administration reste possible quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici. En outre, le Tribunal cantonal est toujours libre de renvoyer la cause à l'administration quand il s'agit simplement de demander une clarification, une précision ou un complément d'expertise (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4; SVR 2010 IV Nr. 49 p. 151, consid. 3.5; ATF non publié 9C_646/2010 du 23 février 2011, consid. 4). En l'espèce, en l'absence d'un rapport médical appréciant la question du lien de causalité naturelle avec valeur probante, la Cour de céans ne peut pas substituer son appréciation à celle d'un médecin. En effet, c'est essentiellement à la lumière des renseignements d'ordre médical qu'il convient de trancher la question de la causalité naturelle, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 119 V 335 consid. 1, 118 V 286 consid. 1b et les références; ATFA non publié U 93/04 du 14 février 2005, consid. 3.1). Dans un tel cas, la Cour de céans a le choix de procéder elle-même à une instruction en mettant en œuvre une expertise médicale ou de renvoyer la cause à l'intimée pour instruction complémentaire. Au vu des notes du Dr C_____ des 14 septembre 2011 et 5 juin 2012 qui ne constituent pas une instruction médicale admissible, force est de constater que l'intimée n'a pas instruit sérieusement la question du lien de causalité entre les troubles annoncés le 24 janvier 2012 et l'accident du 2 juin 2011, soit une situation équivalente à l'absence de toute instruction. Même si l'assureur-accidents n'est pas tenu, en principe, de mettre en œuvre des investigations médicales détaillées, étant donné le grand nombre d'accidents-bagatelles qui sont annoncés (cf. ATF 130 V 380 consid. 2.2.3), l'intimée ne pouvait toutefois pas renoncer à de telles investigations lorsqu'il s'agit de mettre un terme à sa prise en charge, puisque la simple possibilité qu'un accident n'ait plus d'effet causal ne suffit pas et qu'elle doit établir le caractère exclusivement dégénératif de l'état antérieur alors que celui-ci a été asymptomatique jusqu'à la date de l'accident. Par conséquent, les faits ayant été constatés de façon sommaire, il convient au vu de la jurisprudence (DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2, RAMA 1986 n° K 665 p. 87) de lui renvoyer le dossier afin qu'elle instruisse la question du lien de causalité naturelle, à moins qu'elle ne préfère prendre en charge les neuf séances de physiothérapie du 27 février 2012 au 23 mars 2012 ainsi que le propose la recourante. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis au sens des considérants et les décisions du 8 juin 2012 ainsi que du 16 août 2012 seront annulées. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGa). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet partiellement et annule les décisions du 8 juin 2012 ainsi que du 16 août 2012. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision. 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 Isabelle

CASTILLO La présidente Juliana BALDE 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.