

GE_GERICHTE A/366/2013 vom 28. Januar 2014

GE Cour de justice, 2014-01-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_366_2013

FR: GE_GERICHTE A/366/2013 du 28 janvier 2014

IT: GE_GERICHTE A/366/2013 del 28 gennaio 2014

Erwägungen

E. 1

ère Chambre En la cause Madame A _____, domiciliée à CHATELAINE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître UTZ Maurice recourante contre GENERALI ASSURANCES GENERALES SA, Service juridique Prestations, sise avenue Perdtemps 23, NYON intimée EN FAIT 1. Madame A _____, née en 1956, travaillait en qualité de serveuse pour le compte de la société X _____ SA. Elle était assurée à ce titre auprès de GENERALI ASSURANCES GENERALES SA (ci-après la GENERALI) contre les accidents professionnels et non professionnels, ainsi que contre les maladies professionnelles au sens de la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA).! [endif]>! [if> 2. Le 25 janvier 2008, l'assurée a été victime d'un accident au cours duquel elle a subi une contusion du genou gauche. Ce cas a été pris en charge par la GENERALI.! [endif]>! [if> 3. Le 8 mars 2011, son employeur a informé la GENERALI qu'elle avait souffert d'une entorse du genou gauche le 19 février 2011, la portière de sa voiture s'étant violemment refermée sur elle. Le Docteur L _____ a diagnostiqué le 13 mars 2011 une entorse du genou gauche avec lésion bénigne du ligament latéral interne. Le cas a également été pris en charge par la GENERALI.! [endif]>! [if> 4. L'assurée a été licenciée de son emploi avec effet au 31 décembre 2011.! [endif]>! [if> 5. Elle a annoncé un nouvel accident survenu le 30 décembre 2011 : elle est tombée dans les escaliers à son domicile après que son genou ait lâché, et a tapé le bas du dos sur l'angle d'une marche d'escaliers.! [endif]>! [if> 6. Une radiographie de la colonne lombaire, effectuée le 2 janvier 2012, a mis en évidence une discarthrose lombaire étagée L3-S1. ! [endif]>! [if> Une IRM du genou gauche a été réalisée le 25 janvier 2012, selon laquelle l'assurée souffre d'une gonarthrose évoluée du compartiment fémoro-tibial, ainsi que d'une arthrose fémoro-patellaire. Par décision du 12 mars 2012, la GENERALI a constaté que les troubles dégénératifs avaient été décompensés lors de l'entorse du 19 février 2011 et considéré que le statu quo sine était atteint au plus tard trois mois après. L'évènement du 30 décembre 2011 n'a pas causé de nouvelles lésions. La GENERALI a dès lors informé l'assurée qu'aucune prestation ne lui était versée à compter du 19 mai 2011 concernant l'affection du genou gauche, au motif que celle-ci n'était plus en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident du 19 février 2011. Si des troubles déterminent encore une incapacité de travail et un traitement médical, ils sont à mettre uniquement sur le compte des facteurs pathologiques préexistants à l'accident du 19 février 2011 et à l'évènement du 30 décembre 2011. 7. L'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (ci-après OAI) le 26 avril 2012.! [endif]>! [if> 8. L'assurée a formé opposition le 22 octobre 2012.! [endif]>! [if> 9. La GENERALI a mandaté le Dr M _____, psychiatre, et le Dr N _____, chirurgien orthopédique, de la Clinique Corela, pour expertise le 21 mai 2012.! [endif]>! [if> 10. Ceux-ci ont établi un rapport d'expertise le 15

août 2012. Il en résulte que deux contusions du genou gauche sont déjà au stade de status post, celles-ci ayant décompensé provisoirement l'état dégénératif sous-jacent. Le retour au statu quo ante est estimé à un mois après chaque accident, soit dès le 20 mars 2011 suite au premier, et dès le 1^{er} février 2012 suite au second. L'évolution de la gonarthrose - laquelle n'est pas liée aux conséquences de l'accident - en revanche devrait aller vers une lente dégradation, soit vers une aggravation progressive de l'arthrose des compartiments fémoro-tibial interne et fémoro-patellaire. Selon les experts, « le diagnostic de contusions du genou gauche est en lien de causalité vraisemblable avec les deux accidents des 19 février et 30 décembre 2011, compte tenu du mécanisme de ces traumatismes. Par contre, la gonarthrose bilatérale n'est pas due à ces accidents, de même que l'ostéochondrome. En effet, c'est essentiellement l'obésité qui a déclenché la survenue d'une arthrose fémoro-tibial interne et fémoro-patellaire. Les traumatismes ont révélé et décompensé provisoirement l'arthrose en ayant entraîné un épanchement. Ce dernier a cédé en quelques semaines grâce à une attèle, des cannes et des anti-inflammatoires ». Les experts ont considéré que la contusion lombaire était en lien de causalité vraisemblable avec l'accident du 30 décembre 2011, étant donné le mécanisme de la chute, avec notamment la présence d'un impact sur une marche d'escaliers. Par contre, le lien de causalité entre la discopathie lombaire étagée et cet événement est non donné. Cette pathologie de nature dégénérative a tout au plus été révélée par le traumatisme, si elle n'était pas auparavant connue. Pour le seul diagnostic de contusion lombaire en lien avec l'accident du 30 décembre 2011, l'évolution a été vers le statu quo sine, la date étant estimée à un mois après la chute. Par contre, s'agissant des discopathies lombaires et multi-étagées avec séquelle de tassement de D11, l'évolution devrait aller vers un état stationnaire, mais compte tenu de la nature dégénérative de cette affection, ce diagnostic devrait subir une lente aggravation en raison du surpoids. Aucun diagnostic n'a été posé sur le plan psychiatrique. 11. Par décision du 21 septembre 2012, la GENERALI a mis fin au versement de ses prestations avec effet au 19 mars 2011 s'agissant de l'accident du 19 février 2011, et admis la prise en charge de la chute du 30 décembre 2011, ce jusqu'au 31 janvier 2012. 12. Le 22 octobre 2012, l'assurée a formé opposition, alléguant que son médecin traitant la considère toujours en complète incapacité de travail à la suite de l'accident survenu le 30 décembre 2011. Elle conteste le bien-fondé de l'expertise de la Clinique Corela, remettant en question l'impartialité et les compétences de ce Centre. Elle produit à cet égard les arrêts de travail que lui a délivrés la Doctoresse O _____, médecin généraliste. 13. Par décision du 14 décembre 2012, la GENERALI a rejeté l'opposition. 14. L'assurée, représentée par Me Maurice UTZ, a interjeté recours le 30 janvier 2013 contre ladite décision. Elle considère que la GENERALI a largement sous-estimé les conséquences qu'ont eues pour elle les deux accidents survenus en 2011 dans les troubles et atteintes actuelles à sa santé. Elle sollicite l'audition de la Dresse O _____ et conclut à l'annulation de la décision sur opposition. 15. Dans sa réponse du 22 mars 2013, la GENERALI, se fondant sur l'expertise réalisée par le Centre Corela, a conclu au rejet du recours. Elle est d'avis que c'est plutôt la recourante qui sous-estime largement l'importance des lésions dégénératives préexistantes, aussi bien sur le genou gauche qu'au niveau lombaire, par rapport au caractère bénin des accidents en cause. Il est en outre établi que ceux-ci n'ont occasionné que de simples contusions, sans provoquer de lésions organiques (osseuses ou ligamentaires) supplémentaires susceptibles d'aggraver durablement le décours normal des altérations malades (gonarthroses, discopathies). 16. La Chambre de céans a ordonné

la comparution personnelle des parties et l'audition de la Dresse O _____ et du Dr N _____ le 18 juin 2013. A cette occasion, la Dresse O _____ a déclaré que « Je suis Madame A _____ depuis le 3 janvier 2012 pour un suivi d'un traumatisme lombaire. J'ai constaté qu'elle souffrait d'une lombosciatique non déficitaire post traumatique. Ma patiente m'a confié qu'elle n'avait jamais eu de douleur lombalgique avant sa chute du 30 décembre 2011. On peut présenter des discopathies dégénératives sans en souffrir. Je ne peux rien dire quant au genou. Je n'ai pas constaté particulièrement de tendance à l'exagération. Je lui prescris des anti-inflammatoires, du paracétamol, du Tramadol. Je n'ai pas de raison de penser qu'elle ne prend pas les médicaments prescrits. Je ne peux rien dire quant à la remarque du Dr N _____ s'agissant d'absence régulière de médicaments. Je n'ai quant à moi pas remarqué. Il m'est difficile de déterminer si les troubles dont souffre encore ma patiente sont dus à sa chute. Ce que je sais, c'est que je la suis pour sa sciatique récurrente. Il va de soi que son poids pourrait être un facteur aggravant les douleurs. Je n'ai pas d'élément autre que ce que l'assurée m'a rapporté pour dire que ses troubles persistent à ce jour. L'assurée est toujours en incapacité de travail à 100% en raison de ses troubles lombaires depuis le 30 décembre 2011. Les limitations fonctionnelles de l'assurée sont le port de charges, les mouvements de rotation du tronc, se baisser, rester longtemps assise ou debout, escaliers, marche prolongée, etc. Je ne suis pas d'accord avec les conclusions figurant dans le rapport d'expertise du Dr N _____ en page 28, relatives aux limitations fonctionnelles et à la capacité de travail à 100% dès le 1^{er} février 2012 ». L'assurée a quant à elle précisé que « Je consultais le Dr L _____ pour le genou. J'ai cessé de le voir, parce qu'il m'a dit qu'il ne pouvait plus rien faire. Je souffre toujours de ce genou gauche, et du fait que je porte mon poids sur le genou droit, celui-ci commence également à me faire souffrir, ce depuis 6 mois environ. Je précise que j'ai été bloquée et ai dû rester alitée durant trois semaines à cause du dos en février 2013. S'agissant de la prise de médicaments, je voudrais dire que j'essaie de supporter la douleur le plus longtemps possible, tant qu'elle reste à 3 sur 10 sur l'échelle des douleurs, pour ne pas que mon organisme s'habitue aux médicaments, afin que ceux-ci restent efficaces. Il y a également des effets secondaires à ces médicaments, notamment des brûlures d'estomac. J'ai déposé une demande de prestations AI le 26 avril 2012. Je n'ai pas de nouvelles depuis. S'agissant du ménage, je peux me préparer à manger, mais je ne peux pas rester debout trop longtemps. Je peux plus ou moins assumer l'entretien de mon appartement, mais avec difficulté, étant précisé que je ne dispose que d'un 2 pièces et demi. J'ai travaillé dans la restauration à l'aéroport d'avril 2006 à octobre 2011. Je devais porter des plateaux lourds. Il y avait des petites marches à franchir. Je devais par ailleurs exercer beaucoup de mouvements de rotation du genou entre la caisse et la machine à café. J'étais toujours debout. Je souligne qu'à cette époque-là je ne souffrais pas de lombalgies. Je dois également dire que j'ai pris du poids plus particulièrement depuis mon licenciement ». 17. Le Dr N _____, domicilié au sud de la France et ne pouvant que difficilement se déplacer, a été interrogé par écrit. Le 27 août 2013, il a répondu en substance que - l'assurée a été précisée dans la description des douleurs lombalgiques alléguées. - il indique s'être basé sur son examen clinique et sur les examens paracliniques à disposition, ainsi que sur le tableau général observé, les informations anamnestiques recueillies et l'imagerie à disposition, pour statuer sur les limitations. Il a constaté qu'elle n'avait pas manifesté le besoin impérieux de changer de position toutes les trente minutes. Il a retenu la limitation de la position au porte-à-faux lombaire en raison de la présence de discopathies lombaires, ainsi que la limitation au port

de charges vu le trouble dégénératif mis en évidence par l'imagerie, démontrant des pincements sur trois disques lombaires.![endif]>![if> - il a expliqué sur quels éléments il s'était fondé pour conclure à une tendance à l'exagération concernant les lombalgies, mais a souligné que ce n'est pas parce qu'il avait relevé des exagérations, qu'il niait les douleurs rapportées. Il indique par contre qu'elles sont à mettre en lien avec un état dégénératif.![endif]>![if> - il a confirmé avoir été en possession du dossier médical de l'assurée avant son examen du 12 juin 2012, la GENERALI le lui ayant transmis plus d'un mois avant le rendez-vous d'expertise.![endif]>![if> Il a ainsi confirmé que sur le plan de l'appareil locomoteur, au motif de la LAA, rien n'empêchait une reprise de travail dans un emploi similaire au dernier dès le 1^{er} février 2012. Il a par ailleurs communiqué son curriculum vitae complet. 18. Le 10 septembre 2013, la GENERALI a informé la Chambre de céans qu'elle n'avait pas de remarques particulières à formuler, si ce n'est que le Dr N_____ confirmait que ses conclusions reposaient sur une connaissance approfondie du cas de l'assurée. ![endif]>![if> 19. Le 23 septembre 2013, l'assurée a indiqué avoir sollicité le Dr P_____, rhumatologue, pour expertise.![endif]>![if> Le 20 novembre 2013, elle a toutefois fait savoir à la Chambre de céans qu'elle renonçait à produire des moyens de preuves complémentaires. 20. Les courriers de l'assurée ont été transmis à la GENERALI et la cause 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; 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).![endif]>![if> Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.![endif]>![if> Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). 3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.![endif]>![if> 4. Le litige porte sur la question de savoir si les troubles au genou gauche et les troubles lombaires dont souffre encore l'assurée au-delà du 31 janvier 2012 sont en lien de causalité naturelle et adéquate avec les accidents des 19 février et 30 décembre 2011. ![endif]>![if> 5. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références).![endif]>![if> La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). 6. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle.

Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci.!

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1, ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références). Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. 7. 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 (ATF 126 V 360 consid. 5b; ATF 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).

En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (ATF non publiés 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011, consid. 1.2; 8C_552/2007 du 19 février 2008, consid. 2). Dans le cadre de lombalgies ou de lombosciatalgies sans constatation d'une aggravation radiologique, le statu quo est en principe retrouvé après 3 ou 4 mois, la symptomatologie étant alors à mettre

sur le compte de l'âge (ATF non publié 8C_508/2008 du 22 octobre 2008, consid. 4.2).

8. 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). 9. 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). 10. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). 11. On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns

et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF non publié 9C_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2).

12. 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).

13. 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 et ATF 125 V 456 consid. 5a 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 (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb; ATF non publié U 351/04 du 14 février 2006, consid. 3.2).

14. En l'espèce, il n'est pas contesté que les contusions au genou gauche et aux lombaires dont a souffert l'assurée sont en lien de causalité naturelle et adéquate avec les deux événements des 19 février 2011 et 30 décembre 2011.

15. A cet égard, le Dr N _____ a conclu au statu quo sine au 20 mars 2011 et au 1^{er} février 2012 pour les contusions au genou gauche et au 1^{er} février 2012 pour les contusions lombaires. Il n'a en revanche pas admis de lien de causalité entre la gonarthrose et l'ostéochondrome, d'une part, et la discopathie lombaire étagée, d'autre part. Il a en effet expliqué que l'arthrose dont souffrait l'assurée était due à l'obésité. Les accidents avaient révélé et décompensé cette arthrose, ce qui avait déclenché un épanchement, lequel peut être traité en quelques semaines. Quant à la discopathie lombaire étagée, elle était dégénérative.

16. Les explications du Dr N _____ sont motivées, claires et convaincantes. Les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude fouillée, le rapport se fonde sur des examens complets et a été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse). L'expert a pris également en considération les plaintes exprimées et a procédé à une description des interférences médicales claire.

17. Reste à examiner si les observations de la Dresse O _____

sont susceptibles de mettre en doute les conclusions de l'expert.![endif]>![if> La Dresse O_____ ne conteste pas les diagnostics posés par le Dr N_____, étant précisé qu'elle ne peut rien dire quant au genou. Elle se borne à souligner que l'assurée ne souffrait pas de lombalgies avant sa chute du 30 décembre 2011. Une telle constatation ne suffit cependant pas, selon la jurisprudence, à établir un lien de causalité naturelle. Elle admet qu'il lui est même difficile de déterminer si les troubles dont souffre encore sa patiente sont dus à sa chute, ajoutant au surplus qu'« il va de soi que son poids pourrait être un facteur aggravant les douleurs ». 18. Force est de constater qu'aucun élément susceptible permettant de s'écarter des conclusions de l'expert n'a pu être avancé.![endif]>![if> La Chambre de céans relève quoi qu'il en soit que les événements des 19 février 2011 et 30 décembre 2011, au demeurant sans gravité, n'ont causé que de simples contusions, sans provoquer de lésions organiques (osseuses ou ligamentaires). Il y a ainsi lieu de conclure, au degré de vraisemblance prépondérante requis par la jurisprudence, que les douleurs actuelles et l'incapacité de travail ne sont plus liées aux accidents des 19 février 2011 et 30 décembre 2011, au-delà du 31 janvier 2012, de sorte que l'assurée 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 la GENERALI a mis un terme à ses prestations dès le 31 janvier 2012. Aussi le recours, mal fondé, doit-il être rejeté. 19. La procédure est gratuite.![endif]>![if> PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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