

GE_GERICHTE A/4002/2018 vom 9. Mai 2019

GE Cour de justice, 2019-05-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4002_2018

FR: GE_GERICHTE A/4002/2018 du 9 mai 2019

IT: GE_GERICHTE A/4002/2018 del 9 maggio 2019

Erwägungen

E. 5

ème Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée c/o Mme B_____, à ONEX recourante contre SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUZERN, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Jeanne-Marie MONNEY intimée EN FAIT 1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le _____ 1973, mariée et mère de quatre enfants, a travaillé dans la coiffure au terme de sa scolarité obligatoire accomplie au Kosovo. Selon le contrat de travail signé le 21 novembre 2017, elle était engagée depuis la veille par l'entreprise C_____ Sàrl (ci-après : l'employeur), dont les associés sont D_____ et E_____, en qualité de nettoyeuse à plein temps avec un salaire horaire de CHF 22.60. Elle était assurée, à ce titre, pour les accidents professionnels et non professionnels auprès de la SUVA (ci-après : l'assureur ou l'intimée). Il s'agissait de son premier emploi en Suisse, selon son compte individuel.!

2. Selon la déclaration de sinistre remplie par l'employeur le 22 décembre 2017, l'assurée a été victime d'un accident professionnel le 19 décembre 2017, soit trente jours après son engagement. Alors qu'elle se tenait sur une échelle pour nettoyer des vitres, elle a chuté sur le dos et le bras gauche.

3. Par certificat du 16 janvier 2018, le docteur F_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a attesté que l'assurée présentait, en raison d'un accident, une incapacité de travail complète du 15 au 31 janvier 2018 et qu'à compter du 1^{er} février 2018, sa capacité de travail serait à nouveau entière.!

4. Les 28 février et 22 mars 2018, le Dr F_____ a prolongé d'un mois l'incapacité de travail de l'assurée jusqu'à fin mars, respectivement fin avril 2018.

5. Le 24 avril 2018, l'assureur a reçu un rapport du Dr F_____, daté du 12 mars 2018, indiquant que selon les informations données par l'assurée, celle-ci se tenait sur une chaise pour nettoyer des vitres avant de chuter d'une hauteur d'environ 1 m et tomber sur le dos. L'assurée était très extrêmement algique, très raide de C1 à C5 et de l'épaule gauche. Invité à dire s'il existait des circonstances particulières pouvant influencer de manière défavorable le processus de guérison, ce médecin a répondu par la négative, ajoutant qu'il existait une douleur à la palpation, une « limitation du mouvement » et des « contusions partout » ; il avait diagnostiqué des contusions de l'épaule (S40.0), des lombes et du bassin (S30.0) de même que des cervicalgies (M54.2), prescrit du repos, des AINS (anti-inflammatoires non stéroïdiens) et des séances de physiothérapie. L'incapacité de travail était complète depuis le 19 décembre 2017, pour une durée indéterminée.!

6. À la demande de l'assureur, l'assurée s'est rendue le 7 mai 2018 dans les locaux de l'assureur en vue d'un entretien. Comme elle ne parlait pas le français, elle était accompagnée de sa fille. Celle-ci a indiqué qu'il n'y avait rien à signaler sur le plan des antécédents médicaux (maladie). Sa mère n'avait jamais été en arrêt de travail pour des troubles dorsaux. Il lui était arrivé de se soigner en prenant des bains

thermaux au Kosovo mais c'était là son unique traitement. Elle avait certes été victime d'autres accidents – relevant de la compétence d'autres assureurs – par le passé mais il s'agissait de cas bénins dont la guérison n'avait pas laissé de séquelles. En se tenant sur une échelle le 19 décembre 2017, les pieds à un mètre du sol, elle avait perdu l'équilibre et basculé en arrière. Il n'y avait pas d'obstacle derrière elle mais elle était tombée de tout son poids sur le sol en parquet. Même si elle avait posé ses mains au sol pour amortir sa chute, c'était le bas du dos qui avait touché le sol au niveau central de la colonne lombaire. Elle s'était relevée car la douleur était supportable, mais avec le temps, cette dernière n'avait eu de cesse de gagner en intensité jusqu'à devenir intolérable. Le 20 décembre 2017, le Dr F_____ lui avait prescrit des séances de physiothérapie à sec et en piscine, des antidouleurs, du Sirdalud®, du Traumaplan®, de l'Arcoxia® ainsi qu'un arrêt de travail. Les douleurs de la colonne vertébrale l'empêchaient de reprendre, ne fût-ce que partiellement, son activité professionnelle. En revanche, son épaule gauche était désormais guérie. 7. Le 11 mai 2018, le docteur G_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de l'assureur, a livré son appréciation sur la base des pièces du dossier qui comportaient notamment des radiographies pratiquées le 22 décembre 2017. Une radiographie dorsale (de face et de profil) révélait une discarthrose étagée avec ostéophytes antérieurs de part et d'autre des corps vertébraux. La colonne cervicale était sans particularité, hormis une très discrète raideur C2-C5. L'épaule gauche ne révélait pas de fracture, le cintre gléno-huméral était respecté et l'espace sous-acromial sans particularité. Il n'y avait pas de lésion objectivée à la vue des images du bassin de face. Quant à la colonne lombaire, elle était sans particularité hormis une discarthrose L1-L2. Même s'il ressortait de l'audition de l'assurée du 7 mai 2018 que l'évolution était défavorable, avec persistance des douleurs dorsales et lombaires, le Dr G_____ était d'avis, pour sa part, que l'évolution paraissait favorable et qu'il fallait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle au mois de juin 2018. Du fait de l'absence de lésion traumatique observée dans le bilan radiologique, le statu quo sine pouvait être établi à six mois du traumatisme. 8. Par décision du 22 juin 2018, l'assureur a mis un terme à la prise en charge des suites de l'accident du 19 décembre 2017 (indemnités journalières et frais de traitement) avec effet au 30 juin 2018, référence étant faite à l'appréciation du 11 mai 2018 du Dr G_____ selon laquelle les troubles qui subsistaient aujourd'hui n'étaient plus en lien de causalité avec l'accident du 19 décembre 2017. En effet, l'état de santé tel qu'il aurait été sans l'accident pouvait être considéré comme atteint le 19 juin 2018 au plus tard. À partir du 1^{er} juillet 2018, la prise en charge de l'incapacité de travail et du traitement médical relevait de l'assurance-maladie. 9. Le 4 août 2018, l'assurée a formé opposition à cette décision, concluant en substance à son annulation et à la reprise de l'octroi des prestations d'assurance. Depuis l'accident du 19 décembre 2017, elle souffrait de douleurs importantes qui persistaient à ce jour et ne lui permettaient pas de reprendre son activité habituelle. 10. Par attestation du 6 août 2018, le Dr F_____ a rappelé que lorsqu'elle était tombée sur le dos, l'assurée avait été « extrêmement algique, extrêmement raide », notamment de C1 à L5 avec une épaule gauche à peine examinable. Les radiographies de la colonne cervicale, dorsale et lombaire n'avaient rien révélé de traumatique. Celles du bassin et de l'épaule gauche non plus. L'évolution était très lente, très longue et peu satisfaisante, cela dans le contexte d'une assurée qui ne s'exprimait pas en français, comprenait mal ce qu'on lui expliquait, qui avait encore besoin de la physiothérapie et présentait toujours une raideur importante. Elle se faisait prescrire des anti-inflammatoires et suivait des séances de physiothérapie qui, selon le Dr F_____, étaient

toujours nécessaires.![endif]>![if> 11. Dans un rapport du 13 août 2018 à l'assureur, le Dr F_____ a indiqué que les douleurs étaient stationnaires mais soulagées par un antidouleur (Dafalgan®). Le pronostic était lentement favorable. Il n'y avait pas de circonstances particulières ayant influencé l'évolution du traitement. Actuellement, ce dernier consistait dans la prise d'AINS et le suivi de séances de physiothérapie. Ce traitement était appelé à se poursuivre sous sa forme actuelle pour une durée qui dépendait de l'évolution du cas. Une reprise du travail n'était pas prévue pour l'instant. Interrogé sur la nécessité d'intervenir auprès de l'employeur pour une affectation à un poste de travail approprié, le Dr F_____ a répondu qu'une telle démarche n'était pas nécessaire, ajoutant qu'il ne fallait pas s'attendre à la persistance d'un problème. ![endif]>![if> 12. Le 14 août 2018, le docteur H_____, médecin d'arrondissement de l'assureur et spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a estimé que les éléments ressortant du rapport du 13 août 2018 du Dr F_____ ne permettaient pas de revenir sur l'appréciation du 11 mai 2018 du Dr G_____.![endif]>![if> 13. Le 24 août 2018, le Dr F_____ a certifié que la capacité de travail de l'assurée était de 50 % depuis le 1^{er} août 2018 et qu'elle serait à nouveau entière à partir du 1^{er} septembre 2018.![endif]>![if> 14. Le 13 septembre 2018, ce médecin a reporté l'exigibilité d'une reprise du travail à 50 % au 1^{er} septembre 2018. À compter du 2 octobre 2018, la capacité de travail de l'assurée serait à nouveau entière.![endif]>![if> 15. Par décision du 30 octobre 2018, l'assureur a rejeté l'opposition. Même s'il n'entendait pas nier les troubles que l'assurée affirmait toujours ressentir, il n'en demeurerait pas moins que le raisonnement de l'intéressée se fondait sur l'adage « post hoc, ergo propter hoc » et que d'un point de vue médical, le rapport du 13 août 2018 du Dr F_____ n'apportait aucun élément de nature à mettre en cause la valeur probante de l'appréciation du Dr G_____.![endif]>![if> 16. Le 14 novembre 2018, l'assurée a interjeté recours auprès de la chambre de céans contre la décision du 30 octobre 2018, concluant en substance à son annulation, à la reprise du versement des prestations d'assurance et, subsidiairement, à ce qu'une « clinique spécialisée » procédât à un examen destiné à mettre en évidence le lien direct entre son invalidité et l'accident. À l'appui de ses conclusions, la recourante a réitéré les arguments présentés dans son opposition du 4 août 2018, ajoutant que sa situation financière était très précaire. ![endif]>![if> 17. Par réponse du 17 janvier 2019, l'intimée a conclu, sous suite de frais et dépens, au rejet du recours en soutenant que la recourante n'avait pas apporté d'éléments de nature à remettre en cause l'appréciation des médecins d'arrondissement selon laquelle le statu quo sine pouvait être considéré comme atteint six mois après l'événement accidentel du 19 décembre 2017.![endif]>![if> 18. Après quelques vérifications par la chambre de céans, la 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), 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 de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10) .![endif]>![if> Interjeté le 14 novembre 2018 contre la décision litigieuse du 30 octobre 2018, le recours a été formé 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). 3. Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si la recourante peut prétendre à des

prestations de l'assurance-accidents au-delà du 30 juin 2018. Singulièrement, il s'agit de déterminer si les troubles présentés après cette date sont en lien de causalité avec l'événement assuré du 19 décembre 2017. 4. 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 LPG; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références). 5. 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). 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 condition est réalisée 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 que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé: il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1). 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. 6. 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_508/2008 du 22 octobre 2008 consid. 4.2). S'agissant de l'aggravation d'un état antérieur dégénératif asymptomatique au niveau de la colonne vertébrale, le statu quo sine est dans la règle atteint après six ou neuf mois, mais au plus tard après un an (arrêt du Tribunal fédéral 8C_563/2011 du 29 août 2011 consid. 3). Ainsi, pour qu'une aggravation d'un état antérieur dégénératif soit établie, celle-ci doit être objectivée d'un point de vue radiologique et se distinguer de l'évolution habituelle liée à l'âge. En revanche, en présence d'un accident sans lésion structurelle de la colonne vertébrale, il convient de rechercher, à mesure que le temps s'écoule, une explication à la chronicisation des plaintes du côté d'autres facteurs – étrangers à l'accident (arrêt du Tribunal des assurances U 354/04 du 11 avril 2005 consid. 2.2 et les références). 7. 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 117 V 359 consid. 5d/bb; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).!

7. a. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1).!

b. 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. À 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 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

c. 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. Étant 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, 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; arrêt du

Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3). d. Une appréciation médicale, respectivement 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). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références). 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). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1). 8. 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; 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références). Il n'existe 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). 9. Faisant sienne l'appréciation du 11 mai 2018 du Dr G_____, l'intimée considère que le statu quo sine était atteint six mois après l'accident du 19 décembre 2017, soit le 19 juin 2018 et qu'ainsi, elle était en droit de mettre un terme à l'octroi d'indemnités journalières et à la prise en charge du traitement médical au 30 juin 2018. Pour sa part, la recourante conteste implicitement la survenance du statu quo sine six mois après l'accident du 19 décembre 2017 car elle souffrirait toujours de douleurs importantes apparues suite à cet événement. En outre, elle aurait tenté à plusieurs reprises de reprendre une activité lucrative – « même adaptée à [ses] conditions de travail » –, sans que cette démarche soit couronnée de succès, en raison des douleurs en question. En l'espèce, il est attesté que la recourante a souffert de contusions multiples (lombaires, du bassin et de l'épaule gauche) suite à l'événement du 19 décembre 2017. Cependant, il ne ressort pas des rapports médicaux qu'elle aurait subi une aggravation d'un état antérieur dégénératif asymptomatique au niveau de la colonne vertébrale. Selon les constatations du Dr G_____, le bilan radiologique effectué le 22 décembre 2017, soit trois jours après l'accident, révélait certes une très discrète raideur C2-C5 ainsi qu'une discarthrose L1-L2 mais aucune lésion traumatique de la colonne cervicale dorsale et lombaire, ni aucune lésion traumatique du bassin et de l'épaule gauche. Or, pour que l'aggravation d'un état antérieur dégénératif soit établie, celle-ci doit être objectivée d'un point de vue radiologique et se distinguer de

l'évolution habituelle liée à l'âge (cf. ci-dessus : consid. 5). Par conséquent, dans le présent contexte, marqué par la persistance de douleurs non documentées par une aggravation radiologique, l'appréciation du 11 mai 2018 du Dr G_____ ne prête a priori pas le flanc à la critique en tant qu'elle fixe la survenance du statu quo sine au 19 juin 2018 au vu d'une évolution favorable et de l'absence de lésion traumatique observée dans le bilan radiologique. De surcroît, cette appréciation contient les diagnostics, repose sur un examen détaillé du bilan radiologique du 22 décembre 2017, tient compte de l'évolution du cas à la lumière des diverses pièces du dossier, apparaît vierge de contradictions et est motivée, de sorte qu'il convient en principe de lui reconnaître une pleine valeur probante. Dans son attestation du 6 août 2018, le Dr F_____ constate également que les diverses radiographies pratiquées le 22 décembre 2017 n'ont rien révélé de « traumatique frais » et, dans son rapport intermédiaire du 15 mai 2018, il évoque un pronostic lentement favorable, précisant qu'il n'est pas nécessaire d'intervenir auprès de l'employeur pour une affectation à un poste de travail approprié et qu'il ne faut pas s'attendre à la persistance d'un problème. Pour le surplus, il est vrai que ce médecin a indiqué que le traitement se poursuivait au-delà du 30 juin 2018 et qu'il a considéré, in fine – après avoir varié dans ses appréciations du 24 août, respectivement 13 septembre 2018 –, que la reprise de l'activité habituelle n'était possible à 100 % qu'en date du 2 octobre 2018 en raison de l'accident considéré. Quoi qu'il en soit, le Dr F_____ ne fournit aucun indice concret qui permettrait de douter du bien-fondé de l'appréciation du Dr G_____ quant à la survenance du statu quo sine le 19 juin 2018. En toute hypothèse, la référence à la persistance de douleurs et à la poursuite du traitement (antalgique et anti-inflammatoire) et des séances de physiothérapie ne saurait suffire, car fondée sur un simple raisonnement post hoc ergo propter hoc. Enfin, dans la mesure où la jurisprudence considère, sur la base de l'état actuel de la science médicale, que dans le cadre de lombalgies sans constatation d'une aggravation radiologique, le statu quo sine est en principe retrouvé après trois ou quatre mois, et qu'à mesure que le temps s'écoule, une explication à la chronicisation des plaintes est à rechercher du côté de facteurs étrangers à l'accident (cf. ci-dessus : consid. 5), il n'y a pas lieu de mettre en doute les conclusions du Dr G_____ en tant qu'elles retiennent que le statu quo sine était atteint six mois après l'accident. Dans ces circonstances, des mesures d'instruction complémentaires ne s'avèrent pas nécessaires et l'intimée était fondée à mettre un terme à la prise en charge du traitement et à l'octroi d'indemnités journalières au 30 juin 2018. 10. Compte tenu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté. 11. L'intimée conclut à l'octroi de dépens. De jurisprudence constante, les assureurs sociaux qui obtiennent gain de cause devant une juridiction de première instance n'ont droit à une indemnité de dépens dans aucune des branches de l'assurance sociale fédérale, sauf en cas de recours téméraire ou interjeté à la légère par l'assuré (ATF 126 V 143 consid. 4b). Les conditions justifiant une dérogation à la règle n'étant pas réalisées dans le cas d'espèce, l'intimée ne peut se voir allouer une telle indemnité. 12. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPG). *** PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :