

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2708/2011

ATAS/20/2012

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 17 janvier 2012

2ème Chambre

En la cause

Madame P_____, domiciliée à Genève, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître ALDER Murat Julian

recourante

contre

SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS
D'ACCIDENTS, sise Rechtsabteilung, Fluhmattstrasse 1, case
postale 4358, 6002 Lucerne

intimé

**Siégeant : Sabina MASCOTTO, Présidente; Christine BULLIARD MANGILI et
Evelyne BOUCHAARA , Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame P_____ (ci-après l'assurée ou la recourante), née en 1979, employée depuis 2006 par X_____ SA et assurée à ce titre contre les accidents par la SUVA (l'intimée) est tombée sur les fesses en descendant les escaliers en direction des containers, en transportant un carton rempli de prospectus, le 10 juillet 2008.
2. L'assurée a consulté le Dr A_____, généraliste, le 16 juillet 2008, qui diagnostique un lumbago, fait pratiquer une radio lombaire le 24 juillet et prescrit des séances d'ostéopathie. Au bénéfice d'un certificat d'incapacité de travail pour maladie du 16 juillet 2008 au 11 août 2008, l'assurée a repris le travail ce jour-là.
3. L'assurée est à nouveau en incapacité de travail à 100% du 19 janvier au 2 février 2009 et dès le 6 juillet 2009, selon certificats du Dr A_____, puis du Dr B_____, puis du Dr C_____, spécialiste en rhumatologie. Les certificats d'arrêts de travail mentionnent une maladie. Elle est également en incapacité de travail du 18 juillet au 23 septembre 2009 à 100 %, puis dès le 24 septembre 2009 à 50 % selon un certificat établi par le Dr D_____, médecin à l'unité de chirurgie de la main des HUG.
4. Une IRM a été pratiquée le 11 septembre 2009. Elle relève une rectitude de la dorlose lombaire avec dessiccation discale L4-L5 et L5-S1, une discopathie circonférentielle à ces deux étages; pas de conflit disco-radulaire et une discopathie avec dessiccation discale. Une surcharge facettaire L5-S1 avec petite effusion facettaire droite est indiquée pour mémoire.
5. HELSANA ASSURANCES SA, assurance perte de gain de l'employeur, a pris en charge l'incapacité de travail de l'assurée du 18 février au 2 mars 2009 et du 5 août 2009 au 30 juin 2010.
6. L'accident du 10 juillet 2008 a été annoncé à la SUVA le 14 mai 2010. À la demande de sa patiente, le Dr A_____ a modifié les certificats d'arrêts de travail, mentionnant un accident au lieu d'une maladie.
7. Par décision du 25 mai 2010, la SUVA a pris en charge le cas.
8. Selon l'avis du médecin d'arrondissement de la SUVA du 31 août 2010, l'assurée a subi une contusion lombo-sacrée sans lésions structurelles telle une fracture, une luxation ou une lésion ligamentaire susceptible d'entraîner des troubles durables. Les investigations ultérieures ont par ailleurs mis en évidence des comorbidités dégénératives et inflammatoires du rachis et de la sacro-iliaque gauche, qui ne peuvent pas être mises en relation au degré de la probabilité avec l'accident du 10 juillet 2008.

9. Par décision du 1er septembre 2010, la SUVA a mis fin aux prestations d'assurance avec effet au 6 septembre 2010, sur la base de l'appréciation de son médecin-conseil du 30 août 2010.
10. Par décision du 15 septembre 2010, la SUVA a annulé sa décision du 1er septembre 2010 et refusé toutes prestations d'assurance, à défaut de lien de causalité entre l'accident du 19 juillet 2008 et les troubles du dos qui ont entraîné un nouvel arrêt de travail total dès le 19 janvier 2009, ainsi que les soins médicaux y relatifs.
11. Par courrier du 16 septembre 2010, l'assurée a formé opposition à la décision du 1er septembre 2010, puis a maintenu sa position et a contesté la nouvelle décision du 15 septembre 2010, par pli du 28 septembre 2010. Elle fait valoir qu'elle n'a jamais souffert de problèmes de dos avant l'accident de juillet 2008. Par courrier du 21 septembre 2010, HELSANA a formé opposition provisoire à la décision du 1er septembre 2010.
12. Par décision sur opposition du 29 octobre 2010, la SUVA a rejeté l'opposition formée par l'assurée, sur la base de l'avis de ses deux médecins d'arrondissement, qui estiment que les effets de la contusion subie en juillet 2008 devaient être considérés comme éteints au maximum 4 à 6 mois plus tard, de sorte que l'arrêt de travail à partir du 19 janvier 2009 et ceux qui ont suivi ne sont pas en relation de causalité avec l'accident.
13. L'assurée a formé recours contre cette décision sur opposition et la SUVA y a acquiescé, en ce sens qu'elle accepte d'annuler sa décision sur opposition du 29 octobre 2010 et de reprendre l'instruction de l'opposition interjetée par l'assurée hier, dès lors que les règles régissant la *reformatio in peius* n'ont pas été respectées, tout en maintenant sa position sur le fond.
14. Par arrêt du 13 janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice a annulé la décision et renvoyé la cause à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision.
15. Lors d'un entretien du 1er avril 2011, en présence de l'assurée et de son avocat, la SUVA les a informés de son intention de réformer au détriment de l'assurée sa décision du 1er septembre 2010. L'assurée a ainsi l'occasion de se prononcer, et le cas échéant, de retirer son opposition du 10 septembre 2010. L'assurée et son avocat estiment que l'origine des troubles du dos provient bien de l'événement du 10 juillet 2008 et refusent ainsi de retirer l'opposition formée. De plus, la future décision de la SUVA sera également contestée. L'avocat suggère un règlement extrajudiciaire ou la mise en place d'une expertise médicale indépendante.
16. Par décision du 8 avril 2011, la SUVA a refusé d'allouer des prestations d'assurance estimant que les troubles du dos qui ont entraîné un nouvel arrêt de travail dès le 19

janvier 2009 ne sont plus dus à l'accident du 10 juillet 2008, mais de nature malade.

17. Par courrier du 11 mai 2011, l'assurée a formé opposition à la décision du 8 avril 2011.
18. Par décision sur opposition du 6 juillet 2011, la SUVA a rejeté l'opposition formée pour les motifs déjà évoqués, ajoutant que l'IRM pratiquée le 17 novembre 2010 a permis d'écartier l'existence d'éléments inflammatoires qui auraient permis de poser un diagnostic différentiel d'une spondylarthrite ou d'une discopathie. La décision retire l'effet suspensif à un éventuel recours.
19. Par acte du 7 septembre 2011, l'assurée forme recours, avec requête de restitution d'effet suspensif, contre la décision sur opposition. Elle fait valoir que l'événement du 10 juillet 2008 est un accident professionnel et conteste les affirmations de la SUVA, fondées sur l'avis d'un médecin qui n'a jamais ausculté l'assurée. Elle conclut à l'octroi d'indemnités journalières dès le 13 juillet 2008, avec suite de dépens.
20. Par courrier du 19 septembre 2011, la SUVA conclut au rejet de la demande de mesures provisionnelles demandées par l'assurée, la pesée des intérêts en présence justifiant de ne pas verser les indemnités journalières, dont la restitution risque d'être infructueuse, si l'assurée n'obtient pas gain de cause.
21. Les pièces médicales produites par les parties sont :
 - a. un rapport de radiologie de la colonne lombaire et cervicale du 28 août 2009 qui mentionne l'absence de lésions focales suspectes.
 - b. un rapport d'IRM du 11 septembre 2009 de la colonne lombaire qui conclut à une rectitude de la lordose lombaire avec dessiccation discale L4-L5 et L5-S1; à une discopathie circonférentielle, sans conflit disco-radulaire. Une surcharge facettaire L5-S1 avec petite effusion facettaire droite pour mémoire, une discopathie L2-L3 avec dessiccation discale.
 - c. un rapport d'infiltration articulaire postérieur bilatéral du 28 septembre 2009 qui mentionne que le jour de l'examen, le syndrome facettaire prédomine nettement du côté gauche. L'injection est effectuée au niveau L5-S1. Le segment L5-S1 ne semble pas essentiellement responsable de la symptomatologie.
 - d. un rapport d'arthrographie articulaire postérieur L3-L4, L4-L5 bilatéral avec infiltration du 12 octobre 2009. Les articulaires L3-L4 et L4-L5 sont responsables de manière prioritaire de la pathologie.
 - e. un rapport de l'hospitalisation de l'assurée du 5 au 8 janvier 2010 au service de chirurgie viscérale, en raison de colite à Campylobacter.

- f. une lettre du 28 janvier 2010 de la Dresse C_____, spécialiste en rhumatologie, au Dr B_____, généraliste, qui conclut que l'assurée présente des lombalgies décrites comme invalidantes depuis plus d'un an, les examens complémentaires effectués jusqu'alors n'étant pas contributifs, alors qu'il y a d'autres facteurs psychosociaux qui peuvent jouer un rôle dans la persistance des douleurs.
- g. un rapport d'IRM des articulations sacro-iliaques du 26 mai 2010 qui mentionne de discrets œdèmes au versant inférieur de la partie synoviale de l'articulation sacro-iliaque gauche à son versant iliaque ainsi qu'au versant postéro-inférieur de l'interligne sacro-iliaque avec minime prise de contraste compatibles avec de discrets signes de sacro-iliite, d'aspect limité sans évidence d'érosion néanmoins.
- h. une note manuscrite du 19 août 2010 du médecin d'arrondissement de la SUVA qui indique que l'IRM ne montre aucune lésion structurelle telle qu'une fracture pouvant être mise en relation avec la chute banale déclarée en 2008, mais relève une comorbidité dégénérative du rachis vraisemblablement à l'origine des lombocruralgies actuelles.
- i. une appréciation du 31 août 2010 du Dr E_____, médecin d'arrondissement de la SUVA, qui résume le dossier, ainsi que les rapports d'IRM et mentionne que l'assurée a subi une contusion lombaire sans lésion structurelle telles qu'une fracture, une luxation ou une lésion ligamentaire susceptible d'entraîner des troubles durables, les comorbidités dégénératives et inflammatoires du rachis et de la sacro-iliaque gauche mis en évidence ne peuvent pas être mis en relation au degré de probabilité avec l'accident du 10 juillet 2008.
- j. un courrier de la Dresse C_____ du 6 octobre 2010 à son collègue, le Dr F_____, qui rappelle que l'IRM lombaire pratiquée en septembre 2009 montrait uniquement de discrets troubles dégénératifs, ayant justifié des infiltrations, sans amélioration. Au vu de la persistance des douleurs, un bilan biologique a été effectué en mai et août 2010 qui ne relève ni syndrome inflammatoire, un HLA 27 négatif et l'IRM des sacro-iliaque de mai 2010 montrent un discret œdème du versant iliaque décrit comme compatible avec de discrets signes de sacro-iliite d'aspect limité. Les nombreux traitements anti-inflammatoires et antalgiques sont inefficaces, de même que la physiothérapie. La patiente présente donc des lombalgies depuis deux ans, les douleurs sont décrites de type plutôt inflammatoire, prédominant la nuit et le matin. L'examen clinique est peu relevant.
- k. un rapport du 16 novembre 2010 du Dr F_____, médecin adjoint au service de rhumatologie des HUG. L'examen clinique relève que les segments

douloureux sont localisés au niveau interscapulaire et lombaire intermédiaire. Il n'y pas de douleur en-dessous des crêtes iliaques, les manœuvres pour les sacro-iliaques sont négatives, les périhanches sont calmes, les articulations coxo-fémorales sont indolores et l'examen neurologique est dans la norme. Le médecin conclut que la clinique présentée par l'assurée fait suspecter une spondylarthropathie. Toutefois, l'absence de signe clinique associé, le HLA-B27 négative et l'absence de douleur sacro-iliaque rend la situation peu claire.

- l. un rapport d'IRM lombaire du 17 novembre 2010 qui exclut un sacro-iliite, une spondylarthrite ankylosante, mentionne un protrusion discale sans rétrécissement canalaire ni foraminaux en L4-L5 et une protrusion discale avec rétrécissement des foramens possiblement associés à un contact radiculaire de L5 au niveau L5-S1.
 - m. un rapport du 21 décembre 2010 du Dr F _____, qui indique que le bilan radiologique extensif de la colonne vertébrale n'a pas mis en évidence d'éléments à proprement parler inflammatoires, qui auraient pu poser le diagnostic différentiel d'une spondylarthropathie ou d'une discopathie de type modic 1. En conséquence, le médecin retient le diagnostic de dorsolombalgie commune chronique. En raison de l'importance du handicap fonctionnel de la kynésiophobie, la patiente sera convoquée pour participer à un programme de réhabilitation fonctionnelle intensive.
22. Par arrêt incident du 23 septembre 2011, la Cour de céans a rejeté la demande de restitution de l'effet suspensif.
23. Lors de l'audience du 11 octobre 2011, le représentant de l'intimée a précisé que la SUVA a accepté de prendre en charge les suites immédiates du cas et elle a en conséquence versé les indemnités journalières du 13 juillet au 10 août 2008. Les frais de traitement ont été payés jusqu'à fin août. Il s'agissait d'un cas bénin consécutif à une chute dans les escaliers. L'assurée a indiqué que le seul spécialiste consulté est la Dresse C _____, qui ne parvient pas à diminuer les douleurs, malgré plusieurs tentatives de traitements. Elle ne s'est pas prononcée sur la cause des douleurs. Le Dr F _____, rhumatologue aux HUG, lui a expliqué que c'était un problème discal, sans plus de précisions. Elle a déposé une demande de prestations d'invalidité il y a environ un an et elle a été vue par un médecin de l'assurance-invalidité. Elle délève du secret médical la Dresse C _____ et le Dr F _____.
24. Par pli du 7 novembre 2011, la Dresse C _____ a répondu ainsi aux questions posées par la Cour de céans:
1. Diagnostic avec effet sur la capacité de travail.
Lombalgies chroniques.

2. Objectivation des diagnostics retenus, au vu des rapports de radiologie et d'IRM.

La dernière IRM du 17 novembre 2010 ne montre pas de signe en faveur d'une maladie inflammatoire type spondylarthrite ankylosante. L'IRM montre de discrets troubles dégénératifs.

3. Questions sur le lien de causalité naturel :

- a. Êtes-vous d'accord avec l'avis du Dr E _____ du 31.8.2010? Si non, pourquoi, et dans ce cas, merci de répondre aux questions suivantes?

La patiente mentionne qu'elle n'avait jamais eu de lombalgies auparavant, c'est-à-dire avant la chute du 10 juillet 2008. Il semblerait que la chute ait déclenché les lombalgies.

- b) L'accident du 10 juillet 2008 est-il la cause unique ou une cause partielle (« conditio sine qua non ») des atteintes à la santé de la recourante ? Plus précisément, le lien de causalité est-il seulement possible (moins de 50% dû à l'accident), probable (plus de 50% dû à l'accident) ou certain (100% dû à l'accident) ?

Le lien de causalité est possible. Il est à noter que je ne connais la patiente que depuis le 4 septembre 2009, soit plus d'une année après l'accident.

- c) Les diagnostics ou lésions constatés sont-ils d'origine exclusivement dégénérative ou l'accident du 10 juillet 2008 a-t-il joué un rôle dans la survenance de cette atteinte ?

Les lésions constatées à l'IRM sont des troubles dégénératifs très discrets, qui ne sont généralement pas associées aux lombalgies.

- d) Le cas échéant, quels sont les facteurs étrangers à l'accident du 10 juillet 2008 qui ont contribué, avec l'accident en question, aux lésions constatées?

Sans objet.

- e) L'accident du 10 juillet 2008 a-t-il déclenché un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement ?

Je ne sais pas.

f) A partir de quand les facteurs étrangers sont-ils devenus, ou deviennent-ils à partir d'un moment déterminé, avec un degré de vraisemblance prépondérante, les seules causes influentes sur l'état de santé (« statu quo sine » ou « statu quo ante » atteint) ?

Je ne sais pas.

25. Un délai au 1^{er} décembre 2011 a été imparti aux parties pour se déterminer.

26. Par pli du 16 novembre 2011, la SUVA indique que le courrier du médecin ne fait valoir aucun élément nouveau, et conclut à la confirmation de la décision entreprise.

27. Par pli du 1^{er} décembre 2011, le conseil de l'assurée relève que le médecin interrogé confirme que l'assurée souffre de lombalgies chroniques déclenchées par la chute du 10 juillet 2008, qui sont à distinguer des discrets troubles dégénératifs observés

lors de l'IRM du 17 novembre 2010. Ainsi, le médecin consulté depuis plus de 2 ans contredit celui du Dr E _____, qui n'a jamais examiné l'assurée. La Dresse C _____ confirme que le lien de causalité est possible. On ne peut donc pas exclure d'une quelconque manière le lien de causalité entre la chute et les lombalgies chroniques et si un doute devait subsister, celui-ci doit profiter à la recourante qui fait preuve d'une totale bonne-foi depuis le début du litige.

28. La cause a été gardée à juger le 6 décembre 2011.

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).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable au cas d'espèce.
3. La recevabilité du recours a déjà été admise par arrêt incident du 23 septembre 2011.
4. Le litige porte sur la question de savoir s'il y a un lien de causalité naturelle et adéquate entre les lombalgies de la recourante et l'accident du 10 juillet 2008.
5. a) 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).

b) Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique ou mentale (art. 4 LPGA; ATF 122 V 232 consid. 1 et les références). La responsabilité de l'assureur-accident s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 461 consid. 5a et les références).

b) Les prestations d'assurance sont donc également versées en cas de rechutes ou de séquelles tardives (art. 11 OLAA). Selon la jurisprudence, il y a rechute lorsqu'une

atteinte présumée guérie récidive, de sorte qu'elle conduit à un traitement médical ou à une (nouvelle) incapacité de travail. En revanche, on parle de séquelles ou de suites tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent. Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 296 consid. 2c et les références; RAMA 1994 n° U 206 p. 327 consid. 2; ATFA non publié du 18 novembre 2005, U 80/05).

Il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'accident (cf. ATFA non publié du 17 mai 2002, U 293/01 consid. 1, résumé dans REAS 2002 p. 307). Plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve d'un 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).

6. a) L'exigence afférente au rapport de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement dommageable de caractère 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 181 consid. 3.1, 406 consid. 4.3.1, 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références).

Si l'on peut admettre qu'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 no U 142 p. 75, consid. 4b; FRESARD, L'assurance-accidents

obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, no 141). Par ailleurs, le seul fait que des symptômes douloureux ne se soient 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»; cf. ATF 119 V 341 sv., consid. 2b/bb; RAMA 1999 no U 341 p. 408 sv., 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.

b) Le lien de causalité adéquate est une question de droit qu'il appartient à l'administration et, en cas de recours, au juge de trancher. 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, 125 V 461 consid. 5a et les références).

7. a) En ce qui concerne la preuve, 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 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).

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 LPG), 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. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette 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 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). De plus, on rappellera que la

jurisprudence n'exige pas obligatoirement la réalisation d'un examen personnel de l'assuré pour admettre la valeur probante d'un document médical dès lors que le dossier sur lequel se fonde un tel document contient suffisamment d'appréciations médicales établies sur la base d'un examen concret (cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 492/00 du 31 juillet 2001, in RAMA 2001 n° U 438 p. 345 consid. 3d).

S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

b) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d).

8. En l'espèce, suite à un accident de peu de gravité, soit une chute sur les fesses en descendant les escaliers, aucune lésion traumatique, telle une fracture, un tassement, une lésion ligamentaire, etc., n'a été mise en évidence par les nombreux examens radiologiques et lors des examens pratiqués par deux spécialistes en tout cas, le Dr F_____ et la Dresse C_____. Ainsi, mis à part une période d'incapacité de travail de moins d'un mois en été 2008 après l'accident, et d'une dizaine de jours fin janvier 2009, l'assurée a repris son travail en plein et ce n'est qu'un an plus tard, en juillet 2009 que l'incapacité de travail durable a débuté. De plus, les imageries produites montrent des signes, certes discrets, de troubles dégénératifs. Sur la base de l'ensemble du dossier médical, le Dr E_____ pouvait donc retenir l'absence de lien de causalité entre l'accident et les troubles en question. Sans douter du fait que l'assurée n'ait pas connu de douleurs lombaires avant sa chute, ce seul élément ne permet pas de retenir un lien de causalité naturelle, selon les principes cités. De même, le fait que les lombalgies ne soient pas objectivées par une maladie (la sacro-iliite et la spondylarthropathie ayant notamment été exclues) ne permet pas d'établir que la cause est, a contrario, accidentelle. Il ressort de plus des divers rapports médicaux que l'impotence et les douleurs sont importantes et résistent à tout traitement, la gravité des symptômes est toutefois peu compatible avec les suites immédiates rapidement jugulées de cet

accident sans gravité, ni lésion. D'ailleurs, la Dresse C _____ ne conteste pas, s'agissant du lien de causalité, l'avis du Dr E _____, puisqu'elle admet que la causalité n'est que possible (moins de 50%), alors que pour être retenue, il faut qu'elle soit au moins probable (plus de 50%). Ainsi, en raison de l'ensemble des circonstances, la Cour retient au degré de la vraisemblance prépondérante qu'il n'y a pas de lien de causalité entre la chute du 10 juillet 2008 et les lombalgies chroniques diagnostiquées, étant rappelé que bien que la vraisemblance prépondérante ne corresponde pas à la certitude, le juge retient l'hypothèse qui lui paraît la plus probable et il n'existe pas, en matière d'assurances sociales, un principe selon lequel il devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré.

Au demeurant, et selon la jurisprudence, le fait que le médecin d'arrondissement de la SUVA se soit prononcé sur la base du dossier médical, sans ausculter l'assurée, n'ôte pas à son avis sa valeur probante. De même, compte tenu du nombre d'exams effectués et des discussions menées à plusieurs reprises entre la Dresse C _____ et le Dr F _____, spécialistes reconnus, sans parvenir à établir l'étiologie des lombalgies, et compte tenu du fait que le médecin traitant elle-même admet que le lien de causalité n'est que possible, il ne se justifie pas d'ordonner une expertise judiciaire.

Pour le surplus, la recourante ne conteste pas, à juste titre, que la décision sur opposition respecte les règles applicables à une réformation en défaveur de l'assuré, la SUVA étant en l'espèce revenue par décision du 15 septembre 2010 (refusant toute prestations pour les troubles du dos ayant entraîné une incapacité de travail en janvier puis en juillet 2009) sur sa décision du 1^{er} septembre 2010 (limitant sa prise en charge du cas au 6 septembre 2010), en raison de l'absence de lien de causalité.

9. Le recours, mal fondé, est donc rejeté.

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

1. Rejette le recours.
2. Dit que la procédure est gratuite.
3. 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

La présidente

Irène PONCET

Sabina MASCOTTO

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