

GE_GERICHTE ATAS/401/2017 vom 23. Mai 2017

GE Cour de justice, 2017-05-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_401_2017

FR: GE_GERICHTE ATAS/401/2017 du 23 mai 2017

IT: GE_GERICHTE ATAS/401/2017 del 23 maggio 2017

Erwägungen

E. 18

Le 16 avril 2016, l'intéressé s'y est opposé, exposant derechef qu'il souffrait de douleurs persistantes du poignet gauche depuis sa rechute, ce que son médecin pourrait confirmer. À l'appui de son opposition, il a joint : - un rapport du Dr G_____ du 15 février 2016 : depuis son opération du poignet gauche en 2006, l'intéressé, gaucher, se plaignait de ne pas avoir retrouvé une activité lui permettant d'éviter les charges lourdes. À l'examen, il souffrait de douleurs sur toute la zone dorsale et ulnaire du poignet lorsque celui-ci était palpé ou qu'étaient effectués des mouvements d'inclinaison radiale et ulnaire. Une radiographie réalisée en août 2015 montrait une styloïde ulnaire longue, et une arthro-IRM de janvier 2016 mettait en évidence des signes d'œdème du pôle dorsal de l'hamatum et du capitatum, sans lésion ligamentaire. Finalement, le médecin n'avait aucun traitement à proposer. Le traitement conservateur dont bénéficiait l'intéressé depuis six mois – immobilisation partielle et anti-inflammatoires – ne lui avait pas permis de reprendre une activité lucrative. Toutefois, l'œdème carpien apparaissant sur l'IRM, qui pouvait expliquer une partie des douleurs résiduelles, ne justifiait pas un arrêt de travail ; - un courrier du Dr G_____ adressé à l'intéressé le 14 avril 2016 : « (...) je vous ai vu la première fois le 23 décembre 2015. Vous avez mentionné avoir chuté sur un chantier en août avec réception sur la main gauche et vous présentez depuis lors des douleurs dans la région du poignet. Dans le cadre d'une suspicion de conflit ulno carpien, j'avais effectué une arthro-IRM qui a révélé un œdème osseux de l'hamatum, du capitatum, compatible avec une contusion osseuse. Il n'y a pas eu d'autre anomalie ligamentaire ou osseuse décelée. Notamment le ligament luno-triquétral qui avait été réparé lors de la précédente opération était intact à l'arthro-IRM. En conséquence, je ne peux malheureusement attester que ce traumatisme, qui a engendré une contusion des os de votre poignet, entre dans les suites de l'accident pour lequel vous aviez été traité plusieurs années auparavant » ; - un certificat du Dr F_____, attestant d'un arrêt de travail du 7 août au

E. 23

Le recourant n'a pas transmis le renseignement demandé.

E. 24

Le docteur I_____, responsable de l'unité de chirurgie de la main des HUG, a répondu le 26 avril 2017 : « je vous confirme que le patient Monsieur A_____ s'est bien présenté en consultation le 5 août 2015 et qu'une note de suite réalisée par le Dr F_____ ce même jour à 12h06 figure dans son dossier et faisant état de son status clinique tant en flexion, qu'en extension, qu'en prosupination avec la mesure des forces et que l'on mettait en évidence que le patient avait simplement des douleurs au changement de temps et au froid. Le patient demandait une reprise professionnelle chose qui a été réalisée et le Dr F_____ attestait que

le patient serait revu en consultation uniquement en cas de besoin (...) ».

E. 25

Cette écriture a été transmise aux parties, pour information, le 3 mai 2017, et la cause a été gardée à juger.

A/3642/2016 - 6/13 - EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du

E. 26

septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1er 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 1er janvier 2003, est applicable. Par ailleurs, au 1er janvier 2017, est entrée en vigueur la modification de la LAA du 25 septembre 2015. Dans la mesure où l'événement litigieux est antérieur à cette date, le droit du recourant à des prestations d'assurance s'examine au regard de l'ancien droit (al. 1 des dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015). 3. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 – LPA ; RS/GE E 5 10). 4. Est litigieux le droit du recourant à la prise en charge par la SUVA des suites de l'événement annoncé du 7 août 2015. 5. À teneur de l'art. 1a LAA, sont assurés à titre obligatoire conformément aux dispositions de la présente loi les travailleurs occupés en Suisse, y compris les travailleurs à domicile, les apprentis, les stagiaires, les volontaires ainsi que les personnes travaillant dans des écoles de métiers ou des ateliers protégés. Est réputé travailleur selon cette disposition quiconque exerce une activité lucrative dépendante au sens de la législation fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants (art.1 OLAA). En tant que la LAA vise à protéger une personne active professionnellement, elle produit normalement ses effets dès le jour où le travailleur commence son travail en vertu de l'engagement (art. 3 al. 1 LAA). Ceci implique que le travailleur commence effectivement le travail pour lequel il a été engagé (ATF 118 V 177). Elle prend fin à l'expiration du trentième jour qui suit celui où le droit au demi- salaire au moins a pris fin (art. 3 al. 2 LAA). Selon l'art. 3 al. 1 LAA, le début de l'assurance ne relève pas d'un rapport juridique mais dépend d'un fait, à savoir le début effectif du travail ou, pour la personne déjà au bénéfice d'un engagement, le moment où elle prend le chemin pour se rendre au travail (ATF 119 V 220). Cette conception de la couverture d'assurance fondée sur le commencement effectif de l'activité trouve son origine dans le fait que l'assurance-accidents est aussi - et historiquement surtout - une assurance des accidents et des maladies professionnels. Il y a, dans une certaine mesure tout au moins, une coïncidence temporelle nécessaire entre l'assurance non professionnelle

A/3642/2016 - 7/13 - et l'assurance professionnelle (arrêt du Tribunal fédéral 8C_272/2010 du 22 septembre 2010, destiné à la publication, consid. 6.1). 6. 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).

La notion d'accident se décompose ainsi en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés: une atteinte dommageable; le caractère soudain de l'atteinte; le caractère involontaire de l'atteinte; le facteur extérieur de l'atteinte; enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur. Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident (ATF 129 V 402 consid. 2.1; arrêt du Tribunal fédéral 8C_194/2015 du 11 août 2015 consid. 3). 7. a. 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). b. L'exigence du lien de causalité naturel est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'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.

A/3642/2016 - 8/13 - c. 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; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2). 8. L'art. 6 al. 2 LAA a conféré au Conseil fédéral la compétence d'étendre la prise en charge par l'assurance-accidents à des lésions assimilables à un accident. Aux termes de l'art. 9 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA; RS 832.202), adopté sur la base de cette disposition, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, les lésions corporelles suivantes, dont la liste est exhaustive, sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire: fractures (let. a), des déboîtements d'articulation (let. b), des déchirures du ménisque (let. c), des

déchirures de muscles (let. d), des élongations de muscles (let. e), des déchirures de tendons (let. f), des lésions de ligaments (let. g) et des lésions du tympan (let. h). Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA sont assimilées à un accident même si elles ont, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 139 V 327 consid. 3.1; ATF 129 V 466; ATF 123 V 43 consid. 2b et les arrêts cités). En l'absence de cause extérieure - soit d'un événement similaire à un accident, externe au corps humain, susceptible d'être constaté de manière objective et qui présente une certaine importance, fût-ce comme simple facteur déclenchant des lésions corporelles énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA - les troubles constatés ne sont pas à la charge de l'assurance-accidents (ATF 129 V 466 consid. 4.2). 9. Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente au sens de l'art. 19 al. 1 LAA (art. 19 al. 1, 2^{ème} phrase, LAA). Il cesse également s'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération, mais qu'aucune rente n'est allouée parce que l'assuré présente un taux d'invalidité inférieur au seuil de 10% prévu par l'art. 18 al. 1 LAA (cf. ATF 134 V 109 consid. 4.1; ATF 133 V 57 consid. 6.6.2).

A/3642/2016 - 9/13 - Selon l'art. 21 LAA, lorsque la rente a été fixée, les prestations pour soins et remboursement de frais (art. 10 à 13 LAA) sont accordées à son bénéficiaire dans les cas énumérés par l'alinéa 1, à savoir : lorsqu'il souffre d'une maladie professionnelle (let. a); lorsqu'il souffre d'une rechute (let. b); lorsqu'il a besoin de manière durable d'un traitement et de soins pour conserver sa capacité résiduelle de gain (let. c); lorsqu'il présente une incapacité de gain et que des mesures médicales amélioreraient notablement son état de santé ou empêcheraient que celui-ci ne subisse une notable détérioration (let. d). L'assureur peut ordonner la reprise du traitement médical (al. 2). En cas de rechute et de séquelles tardives et, de même, si l'assureur ordonne la reprise du traitement médical, le bénéficiaire de la rente peut prétendre, outre la rente, les prestations pour soins et remboursement de frais (art. 10 à 13). Si le gain de l'intéressé diminue pendant cette période, celui-ci a droit à une indemnité journalière dont le montant est calculé sur la base du dernier gain réalisé avant le nouveau traitement médical (al. 3). Ainsi, les conditions du droit à la prise en charge des frais de traitement médical diffèrent selon que l'assuré est ou n'est pas au bénéfice d'une rente (ATF 116 V 45 consid. 3b). Dans l'éventualité visée à l'art. 10 al. 1 LAA, un traitement doit être pris en charge lorsqu'il est propre à entraîner une amélioration de l'état de santé ou à éviter une péjoration de cet état. Il n'est pas nécessaire qu'il soit de nature à rétablir ou à augmenter la capacité de gain. En revanche, dans l'éventualité visée à l'art. 21 al. 1 LAA, un traitement ne peut être pris en charge qu'aux conditions énumérées à cette disposition (arrêt du Tribunal fédéral 8C_332/2012 du 18 avril 2013 consid. 1d). 10. Les prestations d'assurance sont également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents, du 20 décembre 1982 - OLAA ; RS 832.202). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même atteinte qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles 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 (ATF 123

V 137 consid. 3a, ATF 118 V 293 consid. 2c et les références). 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 2006 n° U 570 p. 74 consid. 1.5.2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 80/05 du 18 novembre 2005 consid.1.1). 11. a. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61

A/3642/2016 - 10/13 - 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). b. La procédure est régie par le principe inquisitoire, d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Car si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 261 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 372 consid. 3; RAMA 1999 n° U 344 p. 418 consid. 3). 12. À titre liminaire, il convient de rappeler que le recourant est au bénéfice d'une rente d'invalidité de 29% versée par la SUVA depuis mars 2008 en raison des répercussions sur sa capacité de gain d'un premier accident au poignet gauche. Après avoir reçu une facture des HUG se rapportant à une consultation du 5 août 2015, l'intimée a invité l'employeur du recourant à lui déclarer une « rechute » au moyen du formulaire idoine, ce que ce dernier a fait le 29 octobre 2015 : il y a signalé une rechute survenue le 7 août 2015, au cours de laquelle l'intéressé aurait chuté dans les escaliers d'un immeuble et serait retombé sur son poignet gauche. Dans sa décision, l'intimée refuse de prendre en charge les suites de l'événement annoncé sur la base d'une motivation double : d'une part, l'intéressé ne remplirait pas les conditions fixées par l'art. 21 al. 1 LAA – disposition réglant la prise en charge de traitements médicaux pour les bénéficiaires de rentes de l'assurance-accidents – car il n'aurait subi ni rechute, ni séquelle tardive de l'accident de 2005, et ne pourrait se prévaloir d'un besoin de soins durablement nécessaire au maintien de sa capacité de gain. D'autre part, il ne serait pas suffisamment établi que l'intéressé aurait été victime d'un nouvel accident en août 2015. En effet, la

A/3642/2016 - 11/13 - « prétendue chute » subie en août 2015 ne lui a pas occasionné de lésion, il s'est rendu à l'hôpital les 5 août et 23 novembre 2015 – un, voire deux jours, avant la chute alléguée puis trois mois après celle-ci – et le Dr G_____ n'a pas pu confirmer que sa contusion du poignet résultait de l'accident de 2005. Enfin, l'intéressé, bien qu'au bénéfice d'un arrêt de travail, a travaillé pendant plusieurs jours immédiatement après la chute alléguée. Pour sa part, le recourant demande que son dossier soit « réétudié », en répétant qu'il a chuté le 7 août 2015 et que cela a endommagé son poignet gauche, comme l'a constaté le Dr F_____. 13. En premier lieu, il convient d'examiner si le recourant peut se prévaloir d'une rechute ou d'une séquelle tardive de l'accident du 20 septembre 2005. Sous l'angle de l'art. 21 al. 1 LAA, plus particulièrement d'une éventuelle rechute ou séquelle tardive de l'accident du 20 septembre 2005, la chambre de céans rappelle que l'accident de 2005 avait provoqué chez l'intéressé une atteinte de nature ligamentaire, soit une fissure du ligament scapho-lunaire du poignet gauche, traitée par voie chirurgicale en mai 2006. Or, depuis la nouvelle déclaration de sinistre de 2015, les rapports versés au dossier ne suggèrent aucune recrudescence de cette atteinte ligamentaire, bien au contraire : selon le rapport du Dr G_____ du 14 avril 2016, la radiographie réalisée en août 2015 n'a mis en évidence qu'une « styloïde ulnaire longue » et une arthro-IRM effectuée en janvier 2016 n'a montré qu'un œdème osseux – compatible avec une contusion osseuse – sans lésion du ligament luno-triquétral « réparé » en 2006. Le Dr G_____ en a déduit que la contusion du poignet gauche n'entraîne pas dans les « suites » de l'accident de 2005. Conformément à l'opinion du Dr G_____, que rien ne permet de remettre en question, force est d'admettre qu'il n'y a pas de lien de causalité naturelle entre l'atteinte ligamentaire causée par l'accident de 2005 et les troubles dont a souffert le recourant au poignet gauche en 2015-2016 (styloïde ulnaire longue et œdème de l'hamatum et du capitatum), ce qui suffit à exclure une rechute ou une séquelle tardive dont l'intimé aurait à répondre en vertu de l'art. 21 let. b LAA. Par ailleurs, le recourant a été en mesure de travailler après la chute alléguée, et aucun document au dossier n'atteste d'un besoin durable de soins qui lui serait nécessaire pour maintenir sa capacité de gain. Il ne peut donc pas davantage bénéficier d'une prise en charge de ses traitements sur la base de l'art. 21 let. c, voire d, LAA. 14. Reste à examiner si le recourant peut prétendre à des prestations de l'intimée en relation avec un nouvel accident. En effet, selon la déclaration de sinistre, il aurait subi le 7 août 2015 une entorse du poignet gauche en chutant dans les escaliers d'un immeuble, suite à quoi il aurait été examiné le lendemain par le Dr F_____. À la lecture du courrier transmis par les HUG le 26 avril 2017, la chambre de céans constate toutefois que le recourant a consulté le Dr F_____ non pas le 7 mais le 5 août 2015, c'est-à-dire avant le début de sa mission de nettoyeur pour l'entreprise

A/3642/2016 - 12/13 - E_____ SA. Dûment interrogés par la chambre de céans, les HUG n'ont pas fait état d'une autre consultation que celle du 5 août 2015, qui serait intervenue par hypothèse à la date ressortant de la déclaration de sinistre, le 8 août 2015. En outre, selon les renseignements transmis par les HUG, si le recourant a consulté le Dr F_____ le 5 août 2015, ce n'était pas en raison d'une chute mais de douleurs liées au changement de temps et au froid, donc sans influence d'un facteur extérieur extraordinaire, qui serait pourtant nécessaire pour admettre la survenance d'un accident au sens de la loi (art. 4 LPGA). Invité à préciser les circonstances du sinistre, le Dr F_____ n'a pas mentionné une quelconque chute ; il a seulement évoqué une « reprise des activités des activités professionnelles se soldant par un échec le 7 août 2015 », sans autre précision (cf. son rapport du 24 novembre 2015, répondant à un questionnaire de l'intimée). Quant au Dr

G_____, il ignore le déroulement de l'événement annoncé. Dès lors, force est d'admettre que les rapports au dossier ne permettent pas de corroborer la thèse d'une chute que le recourant aurait subie sur un chantier au mois d'août 2015. Enfin, la chambre de céans constate que les déclarations de l'intéressé relatives à la date de sa chute, qu'il situe tantôt le 6, tantôt le 7 août 2015 (procès-verbal d'audition de la SUVA du 21 janvier 2016 et recours du 16 octobre 2016), sont imprécises, voire contradictoires, tout comme celles ayant trait à la date de sa consultation chez le Dr F_____, qu'il fait remonter dans son recours au 7 août 2015 alors qu'elle serait intervenue le lendemain selon la déclaration de sinistre. Il ne cite au demeurant aucun témoin, et a pu continuer à travailler à plein temps après la chute alléguée, les 7, 8, 12, 13, 14 août, 30 septembre, 1er et 2 octobre 2015. Au vu de ce qui précède, la survenance d'un nouvel accident n'est pas établie au degré de la vraisemblance prépondérante. Par ailleurs, les troubles de l'intéressé ne peuvent être qualifiés de lésion assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016. Partant, c'est à bon droit que l'intimée a refusé de prendre en charge les suites de l'événement annoncé. 15. Par souci d'exhaustivité, on relèvera encore que, même en admettant que le recourant ait été victime d'un accident le 5 août 2015, date à laquelle il a consulté le Dr F_____, cela ne changerait rien à l'issue de la cause. En effet, à cette date, le recourant n'avait pas encore commencé à travailler pour E_____ SA, et rien ne permet de considérer qu'il avait travaillé durant les trente derniers jours, étant rappelé que l'assurance débute le jour où le travailleur commence son travail et prend fin à l'expiration du trentième jour qui suit celui où a pris fin son droit à au moins un demi-salaire (art. 3 al. 1 et 2 LAA). Le 5 août 2015 il n'était donc très vraisemblablement pas encore couvert à titre obligatoire par l'assurance-accidents. 16. Mal fondé, le recours est rejeté. 17. La procédure est gratuite (art. 89H al. 4 LPA).

A/3642/2016 - 13/13 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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