

GE_GERICHTE ATAS/793/2016 vom 3. Oktober 2016

GE Cour de justice, 2016-10-03, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_793_2016

FR: GE_GERICHTE ATAS/793/2016 du 3 octobre 2016

IT: GE_GERICHTE ATAS/793/2016 del 3 ottobre 2016

Erwägungen

E. 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), 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.

E. 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. 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

A/3113/2015 - 13/24 - 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).

E. 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 du 14 septembre 2015 contre la décision sur opposition du 27 juillet 2015 est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA et compte tenu de la suspension des délais courant du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA).

E. 4

Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'intimée du 1er mars au 3 mai 2015, dans la mesure où il est établi que le recourant a repris son activité professionnelle à plein temps dès le 4 mai 2015.

E. 5

a. Aux termes de l'art. 6 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. En vertu de l'art. 16 al. 1 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a, en particulier, droit à une indemnité journalière. Le droit à cette indemnité naît le troisième jour qui suit l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a notamment recouvré sa pleine capacité de travail (art. 16 al. 2 LAA). 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). 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). b. Suivant la définition même de l'accident, le caractère extraordinaire de l'atteinte ne concerne pas les effets du facteur extérieur, mais seulement ce facteur lui-même. Dès lors, il importe peu que le facteur extérieur ait entraîné des conséquences graves ou inattendues. Le facteur extérieur est considéré comme extraordinaire lorsqu'il excède le cadre des événements et des situations que l'on peut objectivement qualifier de quotidiens ou d'habituels, autrement dit des incidents et péripéties de la vie courante (ATF 129 V 402 consid. 2.1). Pour des lésions dues à l'effort (soulèvement, déplacement de charges notamment), il faut examiner de cas en cas si l'effort doit être considéré comme extraordinaire, en tenant compte de la constitution physique et des habitudes professionnelles ou autres de l'intéressé (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 499/00 du 12 septembre 2001 consid. 2). Dans la jurisprudence, l'existence d'un facteur extérieur extraordinaire a par exemple été niée dans un cas de déplacement de charges pesant entre 60 et 100

A/3113/2015 - 14/24 - kg (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 100/06 du 30 mai 2006 consid. 4.1 et les références). N'a pas non plus été considéré comme extraordinaire l'effort fourni par un assuré, au bénéfice de dix mois d'expérience, pour incliner un socle d'un poids de 80 à 120 kg, sans le porter, n'ayant ainsi retenu qu'une partie de la charge (arrêt du Tribunal fédéral 8C_292/2014 du 18 août 2014 consid. 5.1). Il n'y a pas d'accident, au sens de ce qui précède, lorsque l'effort en question ne peut entraîner une lésion qu'en raison de facteurs maladiques préexistants, car c'est alors une cause interne qui agit, tandis que la cause extérieure - souvent anodine - ne fait que déclencher la manifestation du facteur pathologique (ATF 116 V 136 consid. 3b). c. Le critère du facteur extraordinaire extérieur peut résulter d'un mouvement non coordonné. Lors d'un mouvement corporel, l'exigence d'une incidence extérieure est en principe remplie lorsque le déroulement naturel d'un mouvement corporel est influencé par un empêchement « non programmé », lié à l'environnement extérieur. Dans le cas d'un tel mouvement non coordonné, l'existence du facteur extérieur doit être admise, parce que le facteur extérieur - la modification entre le corps et l'environnement extérieur - constitue en même temps le facteur extraordinaire en raison du déroulement non programmé du mouvement (ATF 130 V 117 consid. 2.1). On peut ainsi retenir à titre d'exemples de facteurs extérieurs extraordinaires le fait de trébucher, de glisser ou de se heurter à un objet (RAMA 2004 n°U 502 p. 184 consid. 4.1, RAMA 1999 n°U 345 p. 422 consid. 2b). d. L'exigence d'un facteur dommageable extérieur n'est pas remplie lorsque l'assuré fait état de douleurs, apparues pour la première fois, après avoir accompli un geste de la vie courante (en se levant, en s'asseyant, en se couchant, en se déplaçant dans une pièce, etc.), à moins que ce geste n'ait requis une sollicitation du corps, en particulier des membres, plus élevée que la normale du point de vue physiologique et dépasse ce qui est normalement maîtrisé de ce point de vue. La notion de cause extérieure suppose en effet un événement générant un risque de lésion accru. Tel est le cas, notamment, lors d'un changement de position du corps, qui est fréquemment de nature à provoquer des lésions corporelles selon les constatations de la médecine des accidents (brusque redressement du corps à partir de la position accroupie, accomplissement d'un

geste violent ou d'un mouvement en étant lourdement chargé, changement de position corporelle de manière incontrôlée sous l'influence de phénomènes extérieurs (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 315/03 du 23 novembre 2004).

E. 6

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. 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

A/3113/2015 - 15/24 - 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). c. Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prêter 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). d. 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).

E. 7

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

A/3113/2015 - 16/24 - termes de l'art.

E. 9

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). 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. 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 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 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). b. 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).

A/3113/2015 - 18/24 - 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; arrêt du Tribunal fédéral 8C_923/2010 du 2 novembre 2011 consid. 5.2). c. 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).

E. 10

a. 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). 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). c. Au sujet de la preuve de l'existence d'une cause extérieure extraordinaire prétendument à l'origine de l'atteinte à la santé, les explications d'un assuré sur le déroulement d'un fait allégué sont au bénéfice d'une présomption de vraisemblance (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 96/05 du 20 mai 2006 consid. 3.1; arrêt du Tribunal fédéral U 267/01 du 4 juin 2002 consid. 2a). Toutefois, selon le principe de la "déclaration de la première heure" développé par la jurisprudence et

A/3113/2015 - 19/24 - applicable de manière générale en assurances sociales, en présence de deux versions différentes et contradictoires d'un fait, la préférence doit être accordée à celle que l'assuré a donnée alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le résultat de réflexions ultérieures (ATF 121 V 45 consid. 2a; arrêt du Tribunal fédéral 9C_663/2009 du 1er février 2010 consid. 3.2). d. 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 (REAS 2002 p. 307). En l'absence de preuve, la décision sera défavorable à l'assuré (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références; RAMA 1994 n° U 206 p. 327 consid. 1 et les références). 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 arrêt du Tribunal fédéral 8C_102/2008 du 16 septembre 2008 consid. 2.2).

E. 11

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 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - 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 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d).

E. 12

En l'espèce, il est établi que le recourant a été victime d'un premier accident en date du 2 mai 2014, en chutant d'une échelle sur son lieu de travail, ce qui lui a causé une contusion du rachis et du bassin, dont les suites ont été entièrement prises en charge par l'intimée. Le recourant se prévaut d'un second accident début mars 2015, ayant engendré à nouveau des atteintes au dos et au bassin, ainsi qu'une incapacité totale de travail. Il requiert, de ce fait, des prestations de l'intimée pour la période du 1er mars au 3 mai 2015, étant donné qu'il a repris son activité professionnelle à compter du 4 mai 2015. Or, dans sa décision litigieuse, l'intimée a considéré, d'une part, que les lésions invoquées par le recourant dès mars 2015 n'étaient plus en lien de causalité naturelle avec l'accident du 2 mai 2014, sur la base de l'appréciation de son médecin d'arrondissement du 29 avril 2015, et, d'autre part, que le recourant n'avait pas prouvé, au degré de vraisemblance requis, la survenance d'un autre accident en mars 2015, soit en particulier l'existence d'un fait extérieur extraordinaire, de sorte qu'elle lui a nié le droit à des prestations de l'assurance-accident.

A/3113/2015 - 20/24 -

E. 13

Dès lors, il convient d'examiner, de prime abord, si tel que le soutient le recourant, il peut être tenu pour établi qu'il a été victime d'un autre accident en mars 2015. En l'occurrence, dans sa déclaration d'accident du 25 mars 2015, l'employeur du recourant a annoncé à l'intimée une « rechute » de l'accident du 2 mai 2014, sans décrire un quelconque autre événement. Par la suite, sur la feuille d'accident remise à l'intimée le 21 avril 2015, ainsi que dans son rapport subséquent du 23 avril 2015, le Dr C_____ a également fait mention d'une « rechute » de l'accident du 2 mai 2014. Lors de son audition par l'intimée le 24 avril 2015, le recourant a lui-même expliqué qu'à compter du mois de février 2015, ses douleurs étaient réapparues petit à petit, d'abord dans la cuisse droite, puis au niveau lombaire, en raison de différents efforts fournis durant son activité professionnelle. Il a alors expressément précisé qu'il n'avait pas été victime d'un fait particulier, tel qu'un coup, une chute ou une glissade, ayant pu engendrer une lésion lombaire entre le 1er septembre 2014 et le 1er mars 2015. Le recourant n'a spontanément, à aucun moment, relaté la survenance d'un événement particulier. Aussi, force est effectivement de constater, qu'à la teneur de l'instruction menée par l'intimée, la survenance d'un fait extérieur extraordinaire en mars 2015 n'est pas établie. Dans son opposition du 4 juin 2015, le recourant est cependant revenu sur ses premières déclarations, ainsi que sur les différents documents établis, en se prévalant de la survenance d'un événement accidentel le 1er mars 2015, ce qu'il a encore

maintenu dans le complément à son opposition du 17 juillet 2015. Il n'a toutefois, à cette occasion, pas non plus relaté de fait précis. L'attestation du Dr C_____ du 16 juillet 2015, sur laquelle il se fonde essentiellement, indique certes qu'il a été victime d'un nouveau sinistre, et non d'une rechute, mais ne décrit également pas le moindre fait venant soutenir cette allégation. Ce n'est finalement que dans son recours du 14 septembre 2015 que le recourant a dépeint, pour la première fois, les circonstances de l'accident qu'il prétend avoir subi en mars 2015, à savoir la chute d'un échafaudage, alors qu'il portait un pot de peinture dans la main droite. Lors de son audition par la chambre de céans le 25 janvier 2016, le Dr C_____ a pourtant clairement confirmé que le recourant ne lui avait jamais dit qu'il était retombé. Ainsi, d'après les déclarations du recourant et son examen clinique, le praticien avait déterminé qu'il s'agissait d'une rechute de l'accident du 2 mai 2014, raison pour laquelle il avait indiqué cela sur la feuille d'accident transmise le 21 avril 2015, ainsi que dans le certificat d'accident remis à la SUVA le 23 avril 2015. Le dossier médical remis par le Dr C_____ ne comporte, du reste, pas d'éléments relatifs à la survenance d'un fait accidentel le 1er mars 2015. En particulier, le

A/3113/2015 - 21/24 - praticien n'établit pas un quelconque lien entre les atteintes constatées à l'IRM du 7 avril 2015 et un éventuel évènement traumatique en mars 2015. Les seules circonstances accidentelles auxquelles il est fait référence dans ce dossier sont celles du 2 mai 2014. D'ailleurs, dans une attestation du 12 mai 2015, le praticien indique expressément suivre le recourant pour un accident depuis le 2 mai 2014. Seule l'attestation établie le 16 juillet 2015 par le Dr C_____, qui plus est vraisemblablement à la demande du recourant, fait référence à un nouveau sinistre, survenu du reste « le 14 mars 2015 ». A cet égard, le praticien a expliqué de manière peu claire que cette attestation ne se référait, en réalité, pas à la rechute évoquée dans ses précédentes attestations médicales, mais à un nouveau sinistre, pour lequel il ne retrouvait cependant pas de dossier à son cabinet. En tout état de cause, tel que relevé précédemment, cette attestation ne décrit aucunement les circonstances du nouveau sinistre allégué, de sorte que sa force probante, à ce propos, doit être grandement relativisée. Le recourant argue d'un malentendu concernant l'annonce de l'accident allégué en mars 2015, tant avec son employeur, que son médecin traitant et le médecin d'arrondissement de l'intimée. Cependant, si tel que le prétend le recourant, des collègues à lui avaient été témoins d'un accident en mars 2015, il apparaît peu vraisemblable que son employeur n'en ait pas fait mention dans la déclaration d'accident établie le 25 mars 2015. De même, il apparaît peu plausible qu'un problème de traduction soit intervenu au cours de son entretien avec l'intimée du 24 avril 2015, au motif que son ex-épouse, qui avait alors œuvré en tant que traductrice, ne parle pas la même langue que lui, ni très bien le français, de sorte qu'elle n'avait pas su traduire « échafaudage ». Au demeurant, le recourant était libre du choix de son traducteur. A l'issue de son audition, il a d'ailleurs expressément indiqué à l'intimée de contacter son ex-femme concernant son cas, en raison de ses problèmes de langue. Enfin, il ressort du dossier que le recourant a consulté, ou contacté, à différentes reprises le Dr C_____ avec un proche assurant la traduction. Il serait ainsi curieux que le médecin traitant n'ait pas compris les circonstances de l'accident allégué. Quoiqu'il en soit, de tels problèmes d'incompréhension ne sont pas survenus à la suite de l'accident du recourant du 2 mai 2014. Ainsi, les multiples problèmes de traduction invoqués par le recourant, dans le cas d'espèce, sont peu convaincants. Dès lors, conformément à la jurisprudence suscitée relative au principe de la « déclaration de la première heure », les premières déclarations du recourant, selon lesquelles la réapparition de ses maux au mois de mars 2015 a fait suite aux efforts physiques réalisés dans le cadre

de son travail, sans qu'un évènement particulier ne soit évoqué, confirmées par ailleurs lors de sa comparution personnelle du 25 janvier 2016, doivent être privilégiées. A cela s'ajoute que les secondes explications du recourant comportent différentes imprécisions, voire contradictions majeures, en particulier par rapport à la date de l'accident allégué et à la date de la première consultation avec le Dr C_____. En

A/3113/2015 - 22/24 - effet, le recourant a tout d'abord allégué que ce second accident était survenu le 1er mars 2015, soit un dimanche, jour non travaillé. Il a ensuite soutenu qu'il s'agissait, en réalité, du 2 mars 2015, mais son médecin traitant a confirmé n'avoir aucune trace d'une consultation début mars 2015. Pour le praticien, la première consultation remonte au 23 mars 2015, bien que son attestation du 16 juillet 2015 fasse également référence à une première consultation le 14 mars 2015. En tout état de cause, il apparaîtrait pour le moins surprenant que le recourant n'ait consulté son médecin traitant que le 14 mars 2015, voire le 23 mars 2015, au plus tôt, s'il avait subi un accident incapacitant début mars 2015. Dans ces conditions, il y a lieu de considérer que la survenance d'un facteur extérieur extraordinaire, responsable des lésions invoquées par le recourant à compter du mois de mars 2015, n'a pas été démontré à satisfaction de droit. Par ailleurs, on relèvera que les lésions subies par le recourant ne sont pas non plus constitutives de lésions assimilées à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA. C'est donc à juste titre que l'intimée a considéré que la survenance d'un second accident, au mois de mars 2015, n'avait pas été prouvée par le recourant au degré de vraisemblance requis, de sorte qu'elle n'était pas tenue à prestations pour cette raison.

E. 14

L'intimée a également nié tout lien de causalité entre les troubles invoqués par le recourant à compter du mois de mars 2015, à savoir des atteintes lombaires, et le premier accident subi le 2 mai 2014. A cet égard, elle s'est fondée sur l'appréciation de son médecin d'arrondissement, le Dr D_____, du 29 avril 2015, selon laquelle en l'absence de lésion traumatique constituée après l'accident du 2 mai 2014, celui-ci avait cessé ses effets délétères six mois plus tard, de sorte qu'un statu quo devait être retenu au 15 novembre 2014. Les lésions annoncées au mois de mars 2015 étaient ainsi, au mieux, en possible relation de causalité avec l'accident du 2 mai 2014. Or, l'appréciation du Dr D_____ se fonde sur le dossier du recourant et fixe un statu quo cinq mois après l'accident du 2 mai 2014, alors que d'après la jurisprudence, 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). Cette appréciation apparaît ainsi convaincante. Le recourant et son médecin traitant ne le contestent du reste pas. C'est donc également à juste titre que l'intimée a retenu que les lésions annoncées par le recourant au mois de mars 2015 n'étaient pas en lien de causalité avec l'évènement du 2 mai 2014 et que, pour cette raison également, elle n'était pas tenue à prestations envers le recourant.

A/3113/2015 - 23/24 -

E. 15

Au vu de ce qui précède, la décision de l'intimée du 27 juillet 2015 n'apparaît pas critiquable, de sorte que le recours doit être rejeté, sans qu'aucune mesure d'enquête supplémentaire ne nécessite d'être entreprise. Le recourant, qui succombe, n'a pas le droit à

des dépens (art. 61 let. g LPGA et art. 89H al. 3 LPA a contrario). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA ; art. 89H al. 1 LPA).

A/3113/2015 - 24/24 - 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.