

GE_GERICHTE A/3113/2015 vom 3. Oktober 2016

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

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3113_2015

FR: GE_GERICHTE A/3113/2015 du 3 octobre 2016

IT: GE_GERICHTE A/3113/2015 del 3 ottobre 2016

Erwägungen

E. 10

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE, représenté par le SYNDICAT UNIA GENÈVE recourant contre SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE intimée EN FAIT 1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré, l'intéressé ou le recourant), né le _____ 1983, ressortissant du Kosovo, au bénéfice d'une autorisation de séjour en Suisse, a été employé en qualité de peintre en bâtiment à plein temps auprès de l'entreprise B_____ SA (ci-après : l'employeur), à compter du 17 mars 2014. [endif]>[if> A ce titre, il était assuré contre les risques d'accidents professionnels et non professionnels par la caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA ou l'intimée). 2. En date du 2 mai 2014, l'assuré a chuté d'une échelle sur son lieu de travail. [endif]>[if> Par certificat médical du 6 mai 2014, le docteur C_____, spécialiste FMH en médecine générale et médecin traitant de l'assuré, a attesté d'une incapacité de travail totale de ce dernier dès le 2 mai 2014. 3. Par déclaration d'accident du 17 juin 2014, le cas a été annoncé à la SUVA. Il en ressortait que l'assuré était tombé d'une échelle en peignant, avait subi une atteinte au dos et était dans l'incapacité totale de travailler depuis lors. [endif]>[if> La SUVA a pris en charge les suites de l'accident du 2 mai 2014. 4. Dans un rapport d'accident du 10 juillet 2014, le Dr C_____ a posé le diagnostic de contusion rachidienne et du bassin. Il a maintenu que l'assuré était dans l'incapacité totale de travailler depuis le 2 mai 2014 en raison de sa chute. Un traitement était en cours. [endif]>[if> 5. Dans un rapport du 23 juillet 2014, le docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et médecin d'arrondissement auprès de la SUVA, a estimé qu'il était alors probable que l'arrêt de travail de l'assuré soit encore dû aux suites de l'accident du 2 mai 2014. Si une contusion lombaire devait être confirmée, un statu quo sine pourrait être envisagé vers le quatrième mois, en fonction des données de l'imagerie par résonance magnétique (IRM) qui devait être réalisée. [endif]>[if> 6. Le 28 juillet 2014, une radiographie de la colonne dorsale de l'assuré a été réalisée, concluant notamment à une scoliose à convexité gauche, avec une cyphose physiologique conservée. En outre, une radiographie de la colonne lombaire effectuée le même jour a, en particulier, révélé une attitude scoliotique de la colonne lombaire à convexité droite, avec une lordose physiologique conservée, une ébauche ostéophyttaire antérieure en L5, une bascule du bassin à droite de 10 mm par rapport au côté gauche et des kystes synoviaux sous les cols fémoraux prédominant à gauche. [endif]>[if> 7. Par attestation du 19 août 2014, le Dr C_____ a indiqué que l'assuré était à nouveau apte à travailler à 100% dès le 1 er septembre 2014. [endif]>[if> 8. Dans un rapport intermédiaire du 14 octobre 2014, le Dr C_____ a maintenu le diagnostic de contusions lombaires et du bassin. Il décrivait une évolution lente et mitigée, avec un pronostic indéterminé. Un traitement était toujours en cours. Le praticien confirmait toutefois que

l'assuré avait repris son activité professionnelle à 100% depuis le 1^{er} septembre 2014. 9. Par déclaration d'accident du 25 mars 2015, l'employeur de l'assuré a annoncé à la SUVA une « rechute » de l'accident du 2 mai 2014. Il était, en particulier, indiqué que l'assuré souffrait de douleurs persistantes au dos, ainsi qu'à la jambe droite, et était dans l'incapacité de travailler depuis le 1^{er} mars 2015. 10. Le 21 avril 2015, la SUVA a réceptionné la feuille d'accident établie par le Dr C_____, mentionnant une « rechute » de l'accident du 2 mai 2014 depuis le 1^{er} mars 2015 et confirmant une incapacité de travail totale de l'assuré depuis lors. 11. Dans un rapport médical transmis à la SUVA le 23 avril 2015, le Dr C_____ a indiqué que l'assuré avait été victime d'une « rechute » de son accident du 2 mai 2014 en date du 27 mars 2015. Il indiquait les diagnostics de contusions du dos et du bassin. L'assuré souffrait de douleurs aux lombaires, au bassin et aux hanches. Un traitement était en cours. L'assuré était dans l'incapacité totale de travailler depuis le 1^{er} mars 2015, ce pour une durée indéterminée. 12. Le 24 avril 2015, l'assuré a été entendu par la SUVA, en présence de son ex-femme, appelée à intervenir en tant qu'interprète. Son attention a préalablement été attirée sur les conséquences des déclarations mensongères, incomplètes ou inexactes, aux fins de se faire verser des prestations d'assurance non dues. Par rapport à son activité professionnelle, l'assuré a expliqué qu'il exerçait surtout son activité à l'intérieur de villas ou d'immeubles. Dans le cadre de son travail, il devait porter passablement de charges, soit des bidons de peinture, des escabeaux, du matériel de peintre, ainsi que des plaques de plâtre dans les étages. Au surplus, il travaillait souvent avec les bras en hauteur. S'agissant de ses antécédents, il a en particulier déclaré qu'il n'avait souffert d'aucune maladie importante, mais qu'il avait été victime d'un accident le 20 juin 2013, connu de la SUVA. A la suite de cet accident, il avait cependant pu reprendre son activité professionnelle, ne souffrant plus du dos. Après avoir rappelé les circonstances de sa chute du 2 mai 2014 sur son lieu de travail, laquelle avait entraîné une incapacité de travail totale jusqu'au 31 août 2014, il a indiqué avoir pu travailler normalement entre le 1^{er} septembre 2014 et le 28 février 2015. Il ressentait certes des douleurs lorsqu'il portait des charges, mais celles-ci restaient supportables. Concernant une « rechute », l'assuré a expliqué que, durant le mois de février 2015, alors qu'il était occupé à peindre de nombreux appartements qui comprenaient une mezzanine ou un duplex, ce qui nécessitait de monter et de descendre des bidons de peinture à de nombreuses reprises, ses douleurs étaient réapparues petit à petit, d'abord dans la cuisse droite, puis au niveau lombaire. A la fin du mois de février, il n'arrivait même plus à porter des charges, ni à bouger le dos. Il précisait toutefois ne pas avoir été victime d'un fait particulier, tel qu'un coup, une chute ou une glissade, ayant pu engendrer une lésion lombaire entre le 1^{er} septembre 2014 et le 1^{er} mars 2015. Cependant, depuis le 1^{er} mars 2015, il avait été à nouveau dans l'incapacité totale de travailler. Son traitement suivait son cours et il devait revoir le Dr C_____ à la fin du mois d'avril 2015. Pour l'heure, il souffrait d'importantes douleurs au dos, dès qu'il restait plus de trente minutes dans la même position, de tiraillements dans la région lombaire lorsqu'il montait notamment les escaliers, et de difficultés pour dormir. Pour le reste, il indiquait à la SUVA de contacter son ex-femme pour tout renseignement supplémentaire, étant donné qu'il ne parlait pas le français. 13. Dans son appréciation médicale du 29 avril 2015, le Dr D_____ a retenu que l'assuré avait été victime d'une chute d'une échelle le 2 mai 2014. Il observait que le bilan radiologique réalisé n'avait pas mis en évidence de lésion traumatique osseuse récente. Une reprise de l'activité professionnelle avait ainsi eu lieu dès le mois de septembre 2015 [recte : 2014]. Par la suite, l'assuré avait toutefois présenté des lombalgies,

ayant entraîné une nouvelle incapacité de travail jusqu'au 21 avril 2015. Cela étant, pour le praticien, en l'absence de lésion traumatique constituée et mise en évidence après l'évènement initial, celui-ci avait, six mois plus tard, cessé ses effets délétères. Un statu quo sine était ainsi fixé au 15 novembre 2014 et la rechute annoncée était en relation de causalité « au mieux possible » avec l'évènement traumatique initial. 14. Par décision du 4 mai 2015, la SUVA a refusé d'allouer de nouvelles prestations à l'assuré, retenant, sur la base de l'appréciation de son médecin d'arrondissement du 29 avril 2015, qu'il n'existait pas de lien de causalité avéré ou même probable entre l'accident du 2 mai 2014 et les lésions du dos annoncées en dernier lieu par l'assuré. 15. En date du 4 juin 2015, l'assuré a formé opposition contre cette décision. En substance, il s'est prévalu d'un malentendu. En effet, contrairement à ce qu'avait tranché l'intimée, il ne soutenait pas que ses lésions du dos, apparues entre le 1^{er} mars et le 2 mai 2015, résultaient de l'accident du 2 mai 2014, mais d'un nouvel accident survenu le 1^{er} mars 2015. Le Dr C_____ s'était mépris en indiquant sur la feuille d'accident établie qu'il s'agissait d'une rechute. Pour le reste, il indiquait avoir repris son activité professionnelle depuis le 4 mai 2015 et relevait n'avoir perçu aucun revenu durant les mois de mars et d'avril 2015. 16. Dans un complément d'opposition du 17 juillet 2015, l'assuré a maintenu que son incapacité de travail du 14 mars au 4 mai 2015 résultait d'un nouvel accident et a relevé la mauvaise traduction effectuée à ce propos, lors de l'entretien avec la SUVA. Pour le surplus, il a remis un rapport établi par le Dr C_____ le 16 juillet 2015, mentionnant qu'il était suivi à sa consultation depuis le 14 mars 2015, en raison d'un accident responsable d'une blessure au dos, ayant entraîné une incapacité totale de travail à compter du même jour et pour une durée indéterminée. Le praticien signalait que la blessure causée se trouvait au même niveau que celle survenue à la suite de l'accident du 21 mai 2014 [recte : du 2 mai 2014]. Toutefois, il indiquait qu'il ne s'agissait pas d'une rechute, mais d'un nouveau sinistre. 17. Par décision du 27 juillet 2015, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assuré. D'une part, elle remarquait que l'appréciation de son médecin d'arrondissement du 29 avril 2015, niant une relation entre la rechute annoncée et l'accident de mai 2014, était fondée et n'était pas contestée en soi par l'assuré. D'autre part, s'agissant de l'accident allégué le 1^{er} mars 2015, elle rappelait qu'entendu le 24 avril 2015, en présence d'un traducteur de son choix, l'assuré avait déclaré que ses douleurs étaient réapparues dans le courant du mois de février 2015, après qu'il ait, en particulier, dû monter et descendre des bidons de peinture, dans le cadre de son travail. Il avait alors confirmé qu'aucun fait particulier, tel qu'un coup, une chute ou une glissade, ayant pu avoir pour conséquence une lésion lombaire, n'avait eu lieu, du 1^{er} septembre 2014 au 1^{er} mars 2015. Or, la SUVA ne voyait pas de raison de s'écarter des premières déclarations de l'assuré, ni de celles fournies à son médecin traitant et à son employeur. L'assuré ne pouvait prétendre qu'il y avait eu un malentendu un mois et demi plus tard, ce après avoir pris connaissance de l'avis du médecin d'arrondissement. Quoiqu'il en soit, l'assuré s'était limité à indiquer qu'il avait eu un nouvel accident, sans préciser l'état de fait, ni fournir d'élément permettant de corroborer ses dires. L'attestation du Dr C_____ du 16 juillet 2015 n'était d'aucun secours, dès lors qu'elle se limitait à indiquer que l'assuré était suivi depuis le 14 mars 2015 pour une lésion au dos suite à un accident et qu'il était dans l'incapacité de travailler depuis lors. La SUVA remarquait encore que ledit praticien avait pourtant prescrit de manière rétroactive une incapacité de travail dès le 1^{er} mars 2015 et semblait ignorer que l'assuré avait repris son activité professionnelle dès le 4 mai 2015. Ainsi, elle maintenait sa position et renvoyait l'assuré à agir auprès de son assureur-maladie. 18. Le 14 septembre 2015, l'assuré,

représenté par le syndicat UNIA, a interjeté recours contre cette décision. Il a préalablement requis la production de son dossier médical par la SUVA et conclu, principalement, avec suite de frais et de dépens, à l'annulation de la décision attaquée, à ce qu'il soit constaté qu'il a été victime d'un nouvel accident en date du 1^{er} mars 2015 et à ce que la SUVA soit condamnée à lui verser des indemnités journalières du 1^{er} mars au 3 mai 2015.

!endif]>![if> A l'appui de ses conclusions, le recourant explique avoir été victime d'une autre chute sur son lieu de travail le 1^{er} mars 2015, alors qu'il était monté sur un échafaudage et portait un pot de peinture dans la main droite. Plus précisément, il avait glissé sur la jambe droite, était tombé sur sa hanche droite et avait atterri sur le pied de l'échafaudage. Il était alors allé consulter seul le Dr C_____ le 14 mars 2015, lequel avait prescrit une incapacité de travail dès le 1^{er} mars 2015, au titre de « rechute ». Lors de l'examen médical du médecin d'arrondissement du 24 avril 2015, la traduction a mal fonctionné. En effet, son épouse, qui l'avait accompagné pour œuvrer en tant que traductrice lors de cet examen, ne parlait pas la même langue que lui, ni très bien le français, de sorte qu'elle n'avait notamment pas su traduire « échafaudage ». Ainsi, il soutient qu'il y a eu un malentendu, tant auprès de son médecin-traitant que du médecin d'arrondissement, et maintient que ses lésions du dos actuelles sont dues à un nouvel accident survenu le 1^{er} mars 2015. L'attestation du Dr C_____ du 16 juillet 2015 confirme d'ailleurs qu'il ne s'agit, en réalité, pas d'une rechute, mais d'un nouveau sinistre, qui a entraîné une incapacité de travail totale dès le 1^{er} mars 2015, étant rappelé qu'il a pu reprendre son activité professionnelle à partir du 4 mai 2015. Enfin, il a produit une liste de témoins, aux fins de prouver ses dires. 19. Dans sa réponse du 9 octobre 2015, la SUVA conclut au rejet du recours. !endif]>![if> Elle relève, préalablement, qu'il n'est pas contesté que les troubles présentés par le recourant ne résultent pas des suites de l'accident du 2 mai 2014, ce dernier soutenant lui-même qu'ils sont dus à un nouvel accident survenu le 1^{er} mars 2015. Cela étant, l'intimée oppose au recourant de ne pas avoir prouvé de manière vraisemblable la survenance d'un nouvel accident le 1^{er} mars 2015. En effet, il ressort des premières déclarations du recourant à son employeur, son médecin traitant et à l'intimée, qui doivent être privilégiées, que les différentes douleurs dont il souffre depuis le mois de mars 2015 sont apparues sans que ne survienne un fait particulier, tel qu'un coup ou une chute. Plus précisément, le recourant a expliqué que ses affections ont fait suite à différents travaux contraignants réalisés durant le mois de février 2015. Ce n'est que plus tard, dans son opposition, et donc après avoir reçu la décision de refus de prestations, que l'intéressé a expliqué avoir été victime le 1^{er} mars 2015, soit un dimanche, d'un nouvel accident professionnel, à savoir la chute d'un échafaudage. Ces déclarations étant en contradiction avec ses premières déclarations, elles ne peuvent être suivies. Le rapport médical du Dr C_____ du 16 juillet 2015 n'y change rien, le praticien étant revenu lui-même sur sa précédente prise de position. Dans ces circonstances, l'intimée ne peut que s'en tenir à la première description des événements fournie par le recourant et nier, au regard du résultat de l'instruction médicale, sa responsabilité quant à la prise en charge des troubles présentés par le recourant depuis le 1^{er} mars 2015. 20. Par réplique du 30 novembre 2015, le recourant a sollicité l'audition du Dr C_____, remarquant que les dates et renseignements fournis par son médecin traitant différaient d'un document à l'autre et que des éclaircissements devaient ainsi être apportés. !endif]>![if> En particulier, selon le rapport du Dr C_____ reçu par la SUVA le 23 avril 2015, le recourant l'aurait consulté le 27 mars 2015, tandis que suivant l'attestation médicale du 16 juillet 2015, il l'aurait consulté le 14 mars 2015, voire le 23 mars 2015 selon un autre document. En outre, dans la feuille

d'accident remise, le Dr C_____ indiquait qu'il s'agissait d'une rechute, alors qu'il faisait état d'un nouvel évènement dans son attestation médicale du 16 juillet 2015. 21. Le 25 janvier 2016, la chambre de céans a procédé à l'audition du Dr C_____. [endif]>![if> Délié du secret médical, le praticien a déclaré que le recourant était son patient depuis 2013. Il l'avait soigné pour plusieurs types de problèmes, soit une maladie et un accident, notamment celui survenu en 2014. Il a expliqué que, lors des consultations, le recourant venait toujours accompagné d'un proche qui parlait le français, soit son ex-femme ou des amis. Il confirmait avoir personnellement établi le certificat d'accident remis à la SUVA le 23 avril 2015, mentionnant une « rechute le 27 mars 2015 de son accident du 2 mai 2014 ». A cet égard, il expliquait que le recourant l'avait d'abord consulté le 6 mai 2014, à la suite de sa chute du 2 mai 2014. Il s'était passé ensuite une dizaine de mois et le recourant était revenu le consulter le 23 mars 2015, en décrivant les mêmes douleurs que lors de l'accident initial. D'après ses notes, il y avait alors une résurgence des douleurs dans le bas du dos, avec irradiation dans les membres inférieurs. Le recourant ne lui avait jamais dit qu'il était retombé, raison pour laquelle il avait indiqué qu'il s'agissait d'une rechute. La date du 27 mars 2015 concernait un second contrôle de cette rechute. S'agissant de la feuille d'accident remise à la SUVA le 21 avril 2015, indiquant une date de rechute au 1^{er} mars 2015 du sinistre intervenu le 2 mai 2014, le praticien confirmait l'avoir également remplie personnellement et avoir déterminé qu'il s'agissait d'une rechute selon les déclarations du recourant du 23 mars 2015 et son examen clinique. La date du 23 mars 2015 correspondait à la première consultation du recourant et celle du 1^{er} mars à la réapparition des symptômes correspondant à une rechute. Le praticien rappelait qu'en 2014, le diagnostic était des contusions lombo-sacrées et du bassin et indiquait qu'en 2015, les mêmes symptômes étaient présents. Concernant l'attestation médicale du 16 juillet 2015, il confirmait aussi l'avoir établie, certainement à la demande du recourant. Pour la rechute, il avait vu le recourant la dernière fois le 5 mai 2015 et avait alors établi un certificat de reprise du travail à 100% dès le 11 mai 2015. Au mois de juillet 2015, il avait revu le recourant pour un autre cas et avait rendu ladite attestation, qui ne se référait ainsi pas au cas de rechute. A cet égard, il relevait qu'il n'était pas exclu qu'il ait un autre dossier relatif à un accident à son cabinet. Compte tenu des déclarations du praticien, la chambre de céans a décidé de contacter, séance tenante, son cabinet. La secrétaire du Dr C_____ a alors indiqué qu'elle ne trouvait aucun dossier d'accident, mais qu'une annotation figurait dans le dossier maladie au 16 juillet 2015, indiquant que le cas accident était refusé. Le praticien a alors expliqué que, dans la mesure où l'intimé avait refusé le cas accident et avait ainsi clôturé son dossier, il ne pouvait traiter la situation que sous l'angle de la maladie. Sur interpellation de la chambre de céans, qui rappelait que le recourant avait déclaré qu'il était venu consulter le praticien le lendemain d'un accident ayant eu lieu le 2 ou 3 mars 2015, lequel l'avait empêché de travailler le matin même, le Dr C_____ a indiqué n'avoir aucune trace d'un rendez-vous du 3 mars 2015. Par ailleurs, il réitérait que le recourant ne lui avait jamais parlé d'une chute lorsqu'il était venu le consulter pour la première fois le 23 mars 2015. Pour le reste, il relevait avoir noté dans son dossier accident, à la date du 3 mai 2015, que le cas était refusé par l'intimée. Il ne s'expliquait ainsi pas la date du 14 mars 2015, mentionnée dans son attestation du 16 juillet 2015, à laquelle il n'avait aucune note. A son sens, une confusion avait dû surgir et des traces de cette consultation devaient se trouver dans le dossier maladie. Le recourant a confirmé avoir bien compris les déclarations du Dr C_____, traduites par un interprète. Il n'avait pas de déclarations à faire concernant les dates, dont il ne se souvenait lui-même plus. Il maintenait qu'il y avait eu un malentendu,

car il était seul la première fois qu'il était allé voir le Dr C_____ et donc sans interprète. Il rappelait que, pendant deux mois, il n'avait pas été rémunéré. A cet égard, le Dr C_____ a confirmé qu'il était effectivement arrivé que le recourant vienne le voir seul. Pour le reste, le praticien a indiqué qu'il avait mentionné par erreur la date du 21 mai 2014 comme date du premier accident, au lieu du 2 mai 2014, dans son attestation du 16 juillet 2015. A l'issue de l'audition du Dr C_____, l'intimée a sollicité la production de ses dossiers médicaux, ce que le recourant a accepté. Un délai au 5 février 2016 a ainsi été imparti au praticien pour ce faire. 22. Le même jour, la chambre de céans a également tenu une audience de comparution personnelle des parties. [endif]>[if> Le recourant a déclaré qu'il avait travaillé pour l'entreprise B_____ SA de l'année 2014 jusqu'à son deuxième accident, le 2 mars 2015. Après cela, il n'avait pas pu travailler pendant deux mois. Par la suite, il n'avait travaillé pour cet employeur que jusqu'en juin 2015, ce dernier n'ayant plus de travail pour lui. S'agissant des explications données à la SUVA lors de l'entretien du 24 avril 2015, il les a confirmées, soit notamment quant au fait qu'il n'avait pas été victime d'un évènement particulier, tel qu'un coup, une chute ou une glissade, ayant pu avoir comme conséquence une lésion lombaire, entre le 1 er septembre 2014 et le 1 er mars 2015. Il a également précisé au mois de mars 2015 qu'il travaillait dans le même immeuble qu'en février 2015. Cela étant, il a expliqué que le 1 er mars 2015, alors qu'il était en train de travailler et de grimper sur un échafaudage, il était tombé de celui-ci et n'avait pas pu se relever. Deux collègues étaient présents et l'avaient vu tomber. Cette chute était survenue dans l'après-midi. Le recourant travaillait alors huit heures par jour, cinq jours par semaine, soit du lundi au vendredi. Il ne se souvenait pas du jour exact de l'accident. La chambre de céans remarquant que le 1 er mars 2015 était un dimanche, le recourant a relevé avoir précédemment déclaré que l'incident était survenu le 2 mars 2015. Il en déduisait que c'était un lundi. Il indiquait être allé voir le Dr C_____ le lendemain, lequel avait établi un certificat médical. Il expliquait avoir choisi le Dr C_____, compte tenu de sa proximité. Il avait consulté le praticien pour la première fois en 2014, à la suite de son premier accident. Durant les sept années de son séjour en Suisse, il n'avait eu que deux accidents, soit en 2014 et en 2015. Lorsqu'il était allé voir le Dr C_____ en 2014, il était accompagné d'un cousin qui parlait français, mais lors du deuxième accident, il était allé le voir seul et avait tenté de lui expliquer sa situation en français. Lorsqu'il avait vu le Dr C_____ le 3 mars 2015, il lui avait expliqué, avec son vocabulaire très pauvre, qu'il était tombé d'un échafaudage et qu'il ne pouvait pas aller travailler. Il ne savait pas ce que le Dr C_____ avait écrit dans ses rapports et ce n'est que lorsqu'il a été interrogé par la SUVA qu'il a compris qu'il y avait eu un malentendu. Par la suite, il était retourné chez le Dr C_____ à quelques reprises, sans pouvoir dire combien de fois. Il avait demandé au praticien d'établir l'attestation du 16 juillet 2015, parce que la SUVA lui avait dit qu'il était assuré par l'assurance-maladie, mais que pour ce cas-là, il ne pouvait pas être assuré par l'assurance-accident. A l'issue de cette audition, sur demande du recourant, la chambre de céans lui a imparti un délai au 29 janvier 2016 pour se déterminer sur la suite de la procédure. 23. Par courrier du 27 janvier 2016, le recourant a confirmé souhaiter poursuivre la procédure initiée. [endif]>[if> 24. Le 4 février 2016, le Dr C_____ a transmis son dossier à la chambre de céans. [endif]>[if> Celui-ci contenait encore notamment les pièces suivantes : - une note manuscrite du praticien du 6 mai 2014, faisant état d'une chute du recourant dans les escaliers le 2 mai 2014, ayant provoqué des contusions au bassin et aux lombaires ; [endif]>[if> - une note manuscrite du praticien du 23 mars 2015, mentionnant une rechute de l'accident du 2 mai 2014 et le diagnostic de lombo-sciatalgies à droite ; [endif]>[if> - un certificat

médical du 24 mars 2015, attestant d'une incapacité de travail du recourant, pour accident, du 1^{er} au 31 mars 2015 ;

- un certificat médical du 4 avril 2015, attestant d'une incapacité de travail du recourant, pour accident, du 1^{er} au 30 avril 2015 ;

- un rapport d'IRM lombaire du 7 avril 2015, concluant notamment à une dégénérescence discale L4-L5 et L5-S1, à une protrusion discale L4-L5 de localisation médiane et paramédiane droite sans contrainte radiculaire significative, à une protrusion discale L5-S1 plus accusée, de localisation médiane et paramédiane, appuyant sur la partie antérieure du fourreau dural sans répercussion sur les racines, à une discrète sclérose de surcharge au niveau des facettes articulaires postérieures avec épanchement intra-articulaire, surtout à la hauteur de L3-L4 et L4-L5 à droite ;

- un certificat médical du 21 avril 2015, attestant d'une incapacité de travail du recourant, pour accident, du 1^{er} au 31 mai 2015 ;

- une note manuscrite du 3 mai 2015, indiquant que selon la SUVA, le cas avait été refusé et devait être considéré comme un cas maladie ;

- un certificat médical du 4 mai 2015, attestant d'une incapacité de travail du recourant, pour maladie, du 1^{er} mars au 31 mai 2015 ;

- un certificat médical du 7 mai 2015, attestant d'une incapacité de travail du recourant, pour accident, du 1^{er} au 10 mai 2015 ;

- une note manuscrite du praticien le 7 mai 2015, indiquant que la couverture des suites de l'accident était refusée par la SUVA et que le cas relevait de la maladie ;

- une attestation médicale établie par le Dr C_____ le 12 mai 2015, indiquant suivre le recourant depuis le 2 mai 2014 pour un accident ;

- un courrier du conseil du recourant au Dr C_____ du 20 mai 2015, sollicitant un rapport médical expliquant que les troubles actuels du recourant résultaient d'un nouvel accident ayant eu lieu le 1^{er} mars 2015, en vue d'une opposition contre la décision de la SUVA du 4 mai 2015 ;

- un courrier du conseil du recourant au Dr C_____ du 9 juin 2015, l'informant de l'opposition formée le 5 juin 2015 contre la décision de la SUVA du 4 mai 2015 et lui demandant de préciser si les troubles du recourant résultaient d'un nouvel accident le 1^{er} mars 2015 ou des suites de l'accident du 2 mai 2014 ;

- une note manuscrite du praticien du 14 juillet 2015, indiquant à nouveau que les suites de l'accident relevaient de la maladie et qu'un rapport au conseil du recourant devait être établi ;

- un certificat médical du 3 août 2015, attestant d'une incapacité de travail du recourant, pour maladie, du 3 au 16 août 2015 ;

- un certificat médical du 22 septembre 2015, attestant d'une incapacité de travail du recourant, pour maladie, du 21 septembre au 3 octobre 2015.

25. Le 5 février 2016, la chambre de céans a fixé un délai aux parties au 29 février 2016 pour se déterminer sur le dossier transmis par le Dr C_____.

26. Dans ses déterminations du 29 février 2016, l'intimée a persisté dans les conclusions de sa réponse du 9 octobre 2015.

Elle remarque, pour le surplus, que le dossier produit par le Dr C_____ ne comporte aucune référence à l'accident du 1^{er} mars 2015, dont le recourant allègue la survenance, hormis l'attestation du 16 juillet 2015. Or, en plus d'entrer en contradiction avec les précédentes prises de position de ce médecin, ladite attestation fait suite aux interpellations quelque peu orientées du conseil du recourant. En cela, les allégations relatives au second accident apparaissent bel et bien être le produit de réflexions ultérieures. Aussi, elles ne sont raisonnablement pas de nature à remettre en cause les premières déclarations du recourant, selon lesquelles les troubles dont il requiert la prise en charge par l'intimée ne se fondent pas sur un nouvel événement accidentel. Elle rappelle qu'en outre, lors de l'audience du 25 janvier 2016, le médecin traitant du recourant a expressément

rapporté que son patient ne lui a jamais déclaré avoir été victime d'une nouvelle chute. Ainsi, pour l'intimée, il n'est pas établi à satisfaction de droit que les atteintes litigieuses sont la conséquence d'un accident, de sorte que le recours doit être rejeté. 27. Ensuite de quoi, la cause a été gardée à juger. 28. Dans un courrier du 29 mars 2016, le recourant a maintenu qu'il y avait eu une incompréhension avec son médecin traitant et qu'il avait bel et bien été victime d'un autre accident en mars 2015. Pour le reste, il a requis de pouvoir consulter les éléments transmis par le Dr C_____ au-delà du 29 février 2016. 29. Par courrier du 1^{er} avril 2016, transmis en copie à l'intimée, la chambre de céans a confirmé au recourant ne pas avoir d'autres éléments au dossier que la copie du dossier du Dr C_____ qui lui avait été communiquée et que la cause était gardée à juger. 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), 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. 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. 3. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). 3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours 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). 4. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'intimée du 1^{er} 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. 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 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). 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 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 payer 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). 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 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). Au surplus, la jurisprudence considère que les dispositions d'exception, comme l'art. 9 al. 2 OLAA qui contient une liste exhaustive, ne doivent être interprétées ni restrictivement ni extensivement, mais conformément à leur sens et à leur but, dans les limites de la règle générale. Aussi, n'est-il pas admissible d'étendre la liste des lésions corporelles assimilées à

un accident en raisonnant par analogie (ATF 114 V 298 consid. 3e; arrêt du Tribunal fédéral 8C_118/2011 du 9 novembre 2011 consid. 4.3.3). La jurisprudence a précisé les conditions d'octroi des prestations en cas de lésion corporelle assimilée à un accident. C'est ainsi qu'à l'exception du caractère "extraordinaire" de la cause extérieure, toutes les autres conditions constitutives de la notion d'accident doivent être réalisées (arrêt du Tribunal fédéral 8C_520/2009 du 24 février 2010 consid. 2). 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).

8. Les prestations d'assurance sont également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA). 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).

9. 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).

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).

10. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit

claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 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). 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). 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 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 1^{er} 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). 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). 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 1^{er} 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. 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 1^{er} septembre 2014 et le 1^{er} mars 2015. Le recourant n'a spontanément, à aucun moment, relaté la survenance d'un évènement 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 évènement accidentel le 1^{er} 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 1^{er} mars 2015. En particulier, le 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. Quoi qu'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 effet, le recourant a tout d'abord allégué que ce second accident était survenu le 1^{er} 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. 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. 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). 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.