

GE_GERICHTE A/930/2017 vom 22. Juni 2017

GE Cour de justice, 2017-06-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_930_2017

FR: GE_GERICHTE A/930/2017 du 22 juin 2017

IT: GE_GERICHTE A/930/2017 del 22 giugno 2017

Erwägungen

E. 5

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à Meyrin recourant contre ALLIANZ SUISSE SOCIETE D'ASSURANCES SA, sise Richtiplatz 1, WALLISELLEN, agissant par Allianz Suisse, avenue du Bouchet 12, GENEVE intimée EN FAIT 1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1983, travaillait depuis le 13 avril 2015 en qualité d'aide de cuisine pour Monsieur B_____ (ci-après : l'employeur), titulaire de l'entreprise individuelle B_____ exploitant un restaurant à l'enseigne « C_____ ». ^{2.} Par courrier du 25 avril 2015, remis en mains propres le lendemain, l'employeur a fait savoir à l'assuré qu'à la suite de sa période d'essai qui avait débuté le 13 avril 2015, il n'entendait pas le garder à son service et que son dernier jour de travail serait le 2 mai 2015. ^{3.} Dans un rapport du 27 avril 2015, la doctoresse D_____, médecin adjoint au Service de médecine de premier recours des HUG, a indiqué que l'assuré ne s'était pas rendu au travail le même jour mais qu'il était venu sans rendez-vous à la consultation en raison de douleurs latérothoraciques survenues après avoir « karcherisé » une paroi en hauteur. Ces douleurs étaient non respiro-dépendantes. Il n'y avait pas de douleur à la palpation ni d'éléments en faveur d'un pneumothorax. Au titre des antécédents, la Dresse D_____ a mentionné deux opérations pratiquées en Syrie pour une hernie inguinale en 1997, respectivement une intervention bilatérale aux canaux carpiens en 2011. En outre, l'assuré souffrait d'une douleur cervicale depuis décembre 2014, pour laquelle il s'était rendu aux HUG en décembre 2014 et à la clinique de la Colline en février 2015. ^{4.} Dans un rapport daté du 30 avril 2015, la doctoresse E_____, médecin interne au Service des urgences des HUG, a indiqué que l'assuré avait été admis le même jour dans son Service. À « l'anamnèse ciblée », le rapport mentionnait qu'en date du 26 avril, l'assuré avait glissé alors qu'il nettoyait une surface en hauteur. Il s'était rattrapé avec le bras droit et avait fait une rotation sur lui-même avec étirement important au niveau de l'épaule. Dans les heures qui suivirent, l'assuré avait commencé à présenter des douleurs derrière le bras puis irradiant dans l'avant-bras. Après quelques jours, soit au moment de son admission, ces douleurs étaient également présentes dans la partie latérale de la main droite et en D4-D5. Après une consultation au Service de médecine de premier recours le 27 avril 2015, il avait été mis sous antalgie de diclofénac et tramadol. C'était en raison de l'aggravation des symptômes et de l'inefficacité de l'antalgie qu'il s'était rendu au Service des urgences le 30 avril 2015. La Dresse E_____ a posé le diagnostic d'affections du plexus brachial droit C7-C8. À l'examen clinique, elle a relevé une douleur suivant le dermatome C7-C8, une hypoesthésie sur la face latérale de la main ainsi qu'une antéflexion de l'épaule produisant des décharges douloureuses et donc limitée par la douleur. La palpation des muscles paravertébraux au niveau C7 permettait de reproduire le trajet douloureux mais il n'y avait pas de trouble moteur. À l'issue de cette consultation, la Dresse E_____ a délivré un certificat à l'assuré, attestant une incapacité de travail entière du 30 avril au 8 mai

2015.![endif]>![if> 5. Par courrier recommandé du 30 avril 2015, l'employeur a rappelé à l'assuré qu'il lui avait remis une lettre de licenciement le 26 avril 2015, laquelle mettait un terme à son contrat pour le 2 mai 2015. Le même jour, l'assuré avait quitté l'établissement en annonçant à ses collègues qu'il ne reviendrait pas travailler. Ce faisant, il n'avait pas respecté le délai de congé de sept jours prévu pendant le temps d'essai. Aussi l'employeur a-t-il invité l'assuré à lui communiquer ses coordonnées bancaires en vue du règlement de son salaire pour la période du 13 au 26 avril 2015.![endif]>![if> 6. Le 6 mai 2015, l'employeur a retourné à Allianz Suisse Société d'Assurance SA (ci-après : l'assureur ou l'intimée), un formulaire de déclaration d'accident LAA. Sous la rubrique « date de l'accident », l'employeur a apposé un point d'interrogation et ajouté la mention manuscrite suivante : « Pour nous il n'y a pas eu accident ». Il a ajouté que l'employé avait « quitté son travail le 26 avril ». Dans la lettre de couverture du 6 mai 2015 jointe au formulaire précité, l'employeur a fait savoir à l'assureur qu'il avait licencié l'assuré le 25 avril 2015 et que son contrat se terminait le 2 mai 2015. Le 26 avril 2015, l'assuré ne voulait plus travailler et n'écoutait pas les instructions de ses collègues de travail. Vers 20h30, il avait quitté l'établissement alors qu'il n'avait pas fini son service. Depuis, l'assuré ne s'était plus présenté à son lieu de travail et l'employeur était demeuré sans nouvelles de lui jusqu'au 5 mai 2015, date à laquelle celui-ci avait reçu une copie du rapport de la Dresse E_____ du 30 avril 2015. Se référant à l'accident qui, aux termes de ce rapport, serait survenu le 26 avril 2015 dans son établissement, l'employeur a mentionné qu'aucun employé alors présent, n'avait assisté à un tel événement et que tous les employés qui travaillaient le 26 avril 2015 étaient prêts à en témoigner.![endif]>![if> 7. Dans un rapport du 15 février 2016, un expert en sinistres (ci-après : l'inspecteur) a consigné le résultat de ses investigations :![endif]>![if> - dans un résumé de « l'entretien enregistré du 27 janvier 2015 » (sic) avec l'assuré, celui-ci a informé l'inspecteur qu'il n'avait jamais eu de problème au cou ou au dos avant le 26 avril 2015 et qu'il allait se faire opérer le vendredi 29 janvier 2016 aux HUG pour une hernie discale; en nettoyant la hotte au-dessus du grill du restaurant, debout sur les meubles de cuisine, il avait glissé et il s'était tenu à la hotte avant que deux collègues F_____ et G_____ – ne viennent l'aider à descendre; peu après l'accident, l'employeur était venu en compagnie d'un autre homme et il avait fait signer à l'assuré la lettre de licenciement, tout en précisant qu'il pouvait continuer à travailler, mais sans contrat, au noir, ce que l'assuré avait refusé; plus tard, le soir même, le lave-vaisselle était tombé en panne et l'assuré avait alors lavé la vaisselle à la main mais comme il avait trop mal, il avait quitté son poste vers 20h30 ;![endif]>![if> - dans un résumé de l'entretien du 12 février 2016 avec l'employeur et les deux témoins cités dans la déclaration de sinistre, l'inspecteur a noté qu'il n'y avait jamais eu d'accident et que l'assuré avait été licencié avant l'accident dont il prétendait avoir été victime; selon les photos de la cuisine prises par l'inspecteur, il était pratiquement impossible de s'agripper à quelque chose en cas de perte d'équilibre, l'employeur n'était pas au courant de l'accident le 26 avril 2015 et il en avait pris connaissance lors d'un appel téléphonique des HUG deux ou trois jours après les faits pour connaître le numéro de police d'assurance; selon l'employeur, l'assuré ne donnait pas satisfaction car il n'était pas assidu et écoutait de la musique avec ses écouteurs pendant le travail et se servait sans autorisation dans la nourriture, raison pour laquelle qu'il avait mis un terme à la période d'essai de l'assuré; dimanche 26 avril 2015, dans l'après-midi, qu'il avait fait contresigner la lettre de licenciement à son employé, de sorte que l'accident serait survenu après la présentation de la lettre de licenciement; après cela, l'employeur était rentré à la maison et il n'avait jamais

été avisé d'un accident quelconque dans son établissement; quant aux deux témoins cités par l'assuré, soit MM. F_____ et G_____, ils avaient confirmé que l'assuré nettoyait la hotte dans l'après-midi mais qu'aucun des deux n'avait jamais vu d'accident ; M. G_____ a déclaré que l'assuré avait essayé de le convaincre de parler d'un accident en lui offrant CHF 2'000.- en contrepartie. [endif]>[if> Dans ses observations, l'inspecteur a indiqué que les photos prises dans la cuisine – qui est relativement petite, d'une surface d'environ 25-30 m² – montraient qu'il n'y avait pas véritablement d'endroit où l'on pouvait s'accrocher, sauf le bord de la hotte elle-même. Dans ce cas, les pieds touchaient presque par terre et il n'était donc pas nécessaire de se faire aider. En second lieu, personne n'avait vu d'accident et l'assuré n'avait pas jugé utile se rendre immédiatement aux urgences. En troisième lieu, les deux témoins cités par l'assuré n'avaient catégoriquement qu'il y ait eu un accident. Enfin, l'assuré s'était déjà rendu à une consultation médicale pour des douleurs du haut du dos avant le prétendu accident. Compte tenu de ces éléments, rien ne permettait de conclure que le diagnostic principal du 15 mai 2015 établi par les HUG, concluant à une hernie discale post traumatique au niveau C4-C5 médian et C7-D1 foraminal droit, fût imputable à un accident professionnel comme le prétendait l'assuré. 8. Le 20 mai 2015, l'assuré a complété un questionnaire de l'assureur en indiquant que le 26 avril 2015 à 16h00, il avait glissé en nettoyant une surface en hauteur. Après quoi, il était resté suspendu par le bras droit en tournant dans l'air. Suite à cet événement, des douleurs avaient commencé à se faire sentir dans le bras droit. Son patron ne voulait « pas reconnaître l'incident » et il ne savait pas qui allait payer son salaire. Il se sentait comme s'il avait « perdu ses mains ». [endif]>[if> 9. Le 3 juillet 2015, les HUG ont adressé à l'assureur les rapports médicaux suivants : [endif]>[if> - un rapport relatif à une IRM cervicale du 7 mai 2015 concluant à une hernie discale C4-C5 faisant une empreinte au niveau de la moelle épinière ; [endif]>[if> - un rapport relatif à une IRM de la colonne cervicale du 8 mai 2015 mentionnant un rétrécissement canalaire en C4-C5 sur extrusion discale, avec effet de masse sur la moelle épinière et discrète myélopathie, une protrusion discale paramédiane droite C6-C7 venant au contact de la moelle épinière, une hernie discale ainsi qu'un rétrécissement foraminal C7-D1 droit avec probable conflit avec la racine C8 droite ; [endif]>[if> - un rapport consécutif à une nouvelle IRM de la colonne cervicale du 27 mai 2015 indiquant qu'il n'y avait pas de changement significatif par rapport à la précédente IRM du 8 mai 2015. [endif]>[if> 10. Par courriel du 3 septembre 2015, les HUG ont fait parvenir à l'assureur notamment les documents suivants : [endif]>[if> - une lettre de sortie du 15 mai 2015, établie par les docteurs H_____, I_____ et le Professeur J_____, dont il en ressort notamment que l'assuré avait séjourné aux HUG du 7 au 8 mai 2015 en raison d'un trauma cervico-brachial, après que l'assuré avait glissé le 26 avril 2015 au travail et s'était rattrapé avec le bras, faisant une rotation sur lui-même avec étirement important au niveau de l'épaule; ils ont émis le diagnostic de hernie discale post traumatique aux niveaux C4-C5 médian et C7-D1 foraminal droit, sans indication urgente pour réaliser une chirurgie, laquelle serait planifiée dans les meilleurs délais après la réalisation d'un bilan complémentaire ; [endif]>[if> - une IRM du plexus brachial du 20 juillet 2015 selon laquelle il n'existait pas d'anomalie de signal du plexus mais des « troubles dégénératifs de type MODIC I du plateau supérieur de C6 ». [endif]>[if> 11. Le 7 décembre 2015, les HUG ont adressé à l'assureur une copie d'un rapport du département de médecine communautaire, de premiers recours et des urgences (SMPR) du 18 décembre 2014. Il en ressort qu'à cette époque, l'assuré souffrait de douleurs dorsales hautes droites évoluant depuis 48h, d'installation

rapide dans un contexte de travaux à la maison ces derniers jours. Les douleurs étaient majorées par l'antéflexion de la tête et irradiaient dans l'épaule droite. L'assuré décrivait une sensation d'engourdissement de tout le membre supérieur droit mais sans déficit sensitif ou moteur. En outre, il rapportait un épisode similaire mais de moindre intensité survenu un an plus tôt, traité symptomatiquement avec une réponse favorable. Les diagnostics étaient « névralgie et névrite, sans précision : Bras [humérus, articulation du coude] M79.22 » et le « DD » (diagnostic différentiel) de névralgie cervico-brachiale droite. ![endif]>![if> 12. Par avis du 17 décembre 2015, le médecin conseil de l'assureur (non nommé) a indiqué qu'un accident ou un étirement lui paraissaient douteux et que le mouvement tel que l'assuré l'avait décrit aux HUG ne pouvait avoir entraîné les lésions mentionnées dans les IRM, celles-ci étant préexistantes. Selon lui, toutes les lésions étaient consécutives à une maladie et « il [fallait] croire l'employeur car l'employé [dissimulait] les soins antérieurs pour un tableau identique.![endif]>![if> 13. Le 13 avril 2016, la docteure D_____, médecin adjoint en charge du programme santé migrants, a transmis à l'assureur un rapport du 27 février 2015 de la docteure K_____, médecin interne au Service de médecine de premier recours. Cette dernière avait prescrit un traitement symptomatique pour soulager des douleurs cervicales apparues en décembre 2014, étant rappelé que l'assuré s'était déjà rendu aux HUG en décembre 2014 et à la clinique de la Colline en février 2015 pour les mêmes douleurs.![endif]>![if> 14. Dans un document daté du 18 mars 2016, intitulé « droit d'être entendu », l'assureur a fait part à l'assuré qu'il considérait qu'il existait de nombreuses incohérences quant à la survenance d'un événement accidentel et aux circonstances dans lesquelles celui-ci se serait déroulé. Dès lors que l'assureur pouvait refuser les prestations lorsqu'une fausse déclaration d'accident lui avait été remise intentionnellement, ce qui était le cas en l'espèce, l'assuré ne pouvait prétendre à aucune prestation.![endif]>![if> 15. Par courrier du 13 mai 2016, l'assuré, agissant par l'entremise d'un conseil, a présenté ses observations au projet de décision du 18 mars 2016 en déclarant que c'était le 25 avril 2015 que l'accident était survenu. Alors qu'il s'occupait du nettoyage de la hotte dans la cuisine du restaurant, il avait glissé. Lors de sa glissade, il s'était retenu avec le bras droit tout en faisant une rotation sur lui-même. Il était ensuite resté bloqué alors qu'il était toujours suspendu à la hotte. Il n'avait rien pu faire, si ce n'est attendre que « deux amis » viennent le retenir et l'aider à descendre. Le lendemain de cet incident, l'employeur lui avait notifié une lettre de résiliation des rapports de travail prenant effet au 2 mai 2015. Cette lettre était datée du 25 avril alors qu'elle avait été notifiée le 26 avril 2015. Du reste, l'employeur lui-même admettait cette « falsification » puisque celui-ci se référait explicitement à la lettre du 26 avril 2015 dans le courrier du 30 avril 2015 qu'il lui avait adressé. Après la résiliation du contrat, l'employeur lui avait proposé en vain de poursuivre les rapports de travail, mais au noir, sans second contrat de travail. Il ressortait du dossier médical en particulier de la lettre de sortie des HUG du 9 février 2016 que « la chute » avait provoqué des cervicobrachialgies droites et des douleurs sur le territoire 8, c'est-à-dire la région de l'épaule, du coude ainsi que la région ulnaire du bras et du petit doigt, justifiant un traitement médicamenteux contre les douleurs et plusieurs arrêts de travail. Les médecins avaient également conclu à la nécessité d'une intervention chirurgicale et d'une hospitalisation au Service de neurochirurgie du 29 janvier au 1^{er} février 2016.![endif]>![if> 16. Le 31 mai 2016, l'assureur s'est rendu au restaurant pour s'entretenir avec l'employeur. Interrogé sur ce qu'il savait de l'accident du dimanche 26 avril 2015 au cours duquel l'assuré se serait blessé, l'employeur a indiqué qu'il avait reçu un appel des HUG le mercredi suivant le jour du « soi-disant accident ». On l'avait alors

informé qu'un de ses employés s'était rendu à une consultation en raison d'un accident. C'était à cette occasion qu'il avait appris que l'assuré s'était blessé. En revanche, le 26 avril 2015, soit le dimanche soir, il se trouvait à la maison lorsque le personnel l'a appelé pour lui annoncer que l'assuré s'était « pris de bec avec ses collègues ». Interrogé sur le point 7 de la déclaration d'accident (« personne, les autres employés n'ont pas vu l'accident ») et l'annotation manuscrite « pour nous il n'y a pas eu d'accident », l'employeur a indiqué qu'il avait complété le formulaire car l'assureur voulait qu'il en fût ainsi. Ceci ne changeait rien au fait qu'il n'y avait jamais eu d'accident au restaurant. Les noms des « témoins » représentaient simplement les identités des personnes qui travaillaient en cuisine ce jour-là. S'agissant de la lettre de licenciement, son épouse l'avait rédigée à domicile le soir du samedi 25 avril. Dimanche après-midi, le 26 avril 2015, lorsque l'assuré commençait son service, il avait informé celui-ci de sa décision de ne pas le garder après la période d'essai et lui avait fait contresigner un exemplaire de la lettre remise en mains propres. Interrogé sur la proposition qu'il aurait faite à l'assuré de rester travailler au restaurant « au noir », l'employeur l'a qualifiée de « complètement idiote[e] », ajoutant que cela ne faisait pas de sens d'engager quelqu'un avec un contrat pour le reprendre quelque jours plus tard « au noir ». Questionné sur les raisons pour lesquelles les témoins F_____ et G_____ auraient affirmé qu'il n'y avait jamais eu d'accident et sur son intérêt à nier l'accident, l'employeur a répondu qu'il n'y avait aucun intérêt car c'était l'assureur qui assumait les frais. Quant aux deux cuisiniers, ils lui avaient dit qu'ils n'avaient jamais vu l'assuré tomber ou se blesser. À sa connaissance, celui-ci ne s'était jamais plaint de douleurs ou d'une gêne dans le dos au cours de la période durant laquelle il avait travaillé au restaurant. Il n'avait pas non plus été absent pour maladie. Enfin, l'employeur a ajouté qu'il n'avait rien contre l'assuré mais que celui-ci ne lui donnait pas satisfaction au niveau professionnel.!

Interrogé le même jour, M. F_____ a indiqué à l'assureur qu'il ne comprenait pas pourquoi celui-ci parlait d'accident. Le dimanche, soit le jour du soi-disant accident, « les patrons » n'étaient pas présents. Il était « un peu le responsable » et il avait demandé à l'assuré de laver la vaisselle pour pouvoir faire correctement le service. Celui-ci avait alors refusé de s'exécuter et il avait fallu qu'il fasse une partie du travail à sa place. Vers 20h30 environ, l'assuré était parti sans demander l'accord du responsable. Interrogé sur le moment auquel il avait appris que l'assuré s'était blessé, M. F_____ a répété qu'il n'y avait pas eu d'accident le dimanche. L'assuré était arrivé dans l'après-midi vers 15h00 et il savait que le patron lui avait annoncé qu'il allait quitter le restaurant car il ne faisait pas l'affaire. De mémoire, c'était le même jour que l'assuré était parti le soir. Il avait alors appelé le patron pour l'informer des problèmes. Il ne comprenait pas pourquoi l'assuré avait prétendu qu'il était témoin, n'ayant rien vu. Ce dernier n'avait jamais fait de chute et il n'était pas nécessaire de monter sur la gazinière pour nettoyer la hotte. !

Interrogé par l'assureur à la même date, M. G_____ a indiqué que l'assuré s'était « inventé un film ». Le dimanche 26 avril 2015 au soir, cet employé travaillait à la cuisine avec M. F_____ et l'assuré. Il y avait beaucoup de travail. L'assuré s'était proposé de nettoyer la hotte. Il avait vu que ce dernier avait légèrement glissé sur la cuisinière, sans toutefois tomber. Il n'était pas intervenu pour l'aider et l'assuré avait continué à nettoyer la hotte. Plus tard, il avait lavé la vaisselle à la main avec l'assuré car le lave-vaisselle était en panne. Puis l'assuré s'était arrêté dans l'exécution de sa tâche car il se disait fatigué. Ce n'était que deux ou trois jours plus tard que M. G_____ avait appris que l'assuré s'était blessé. L'assuré ne lui avait jamais dit « qu'il avait mal le dimanche soir ». Il avait croisé l'assuré en compagnie de son frère quelques temps après son départ du restaurant. L'intéressé lui avait alors proposé CHF

2'000.- pour qu'il déclare qu'un accident avait bien eu lieu. Il était revenu à la charge avec le même type de proposition « la semaine passée ». Il était alors question d'aller chez son avocat pour témoigner en sa faveur « en échange de ce que je voulais ». M. G_____ ne se souvenait pas que l'assuré se fût plaint d'une manière ou d'une autre de douleurs ou d'une gêne dans le dos. ![/endif]>![if> 19. Dans un rapport complémentaire du 31 mai 2016, l'inspecteur a rendu compte des trois entretiens qui s'étaient déroulés le jour même avec l'employeur et les témoins F_____ et G_____. Selon lui, les deux points principaux qui en ressortaient pouvaient être résumés comme suit : premièrement, les deux témoins cités par l'assuré étaient bien présents dans la cuisine le dimanche 26 avril 2015 au soir mais aucun des deux n'avait assisté à un accident, ni entendu l'assuré se plaindre de douleurs ou d'un malaise. Les témoins n'avaient pas non plus aidé l'assuré à se relever ou à descendre de la hotte. Deuxièmement, l'employeur avait confirmé que la lettre de licenciement avait été rédigée le 25 avril 2015 par son épouse et remise à l'assuré le lendemain dans l'après-midi. Compte tenu de la situation décrite, l'inspecteur a estimé que les problèmes de santé de l'assuré n'étaient absolument pas consécutifs à un accident.![endif]>![if> 20. Par décision du 17 juin 2016, l'assureur a nié tout droit à des prestations d'assurance, motif pris qu'une fausse déclaration d'accident lui avait été remise intentionnellement. L'inspecteur avait confirmé qu'il n'y avait pas de véritable endroit où l'on pouvait s'accrocher, sauf le bord de la hotte elle-même. Dans ce cas, les pieds touchaient presque terre il n'était donc pas nécessaire de se faire aider pour ne pas tomber. Enfin le courrier de l'assuré du 13 mai 2016 renfermait la contradiction suivante : dans un premier temps, l'assuré indiquait qu'il était resté suspendu à la hotte et qu'il avait dû attendre que deux amis viennent le retenir et l'aider à descendre. Dans un second temps, il était question d'une « chute » qui avait provoqué notamment des cervicobrachialgies.![endif]>![if> 21. Le 23 août 2016, l'assuré a formé opposition à cette décision en concluant, préalablement, à ce que l'assureur lui accorde l'assistance judiciaire pour la procédure d'opposition avec effet au 7 mars 2016. Sur le fond, il a conclu à l'annulation de la décision du 17 juin 2016 et, cela fait, au versement d'indemnités journalières dès le 25 avril 2015, à la prise en charge des frais médicaux et enfin, à ce que l'assureur lui réserve le droit de compléter ses conclusions au sujet de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité corporelle. La date du 25 avril 2015, figurant dans la lettre de licenciement, servait « à maquiller l'accident et à simuler une résiliation ordinaire ». Du reste, les témoins avaient confirmé que le 25 avril 2015, l'assuré était en train de laver la hotte de la cuisine. Alors, forcément, pour redescendre, il avait eu besoin d'aide et avait trouvé assistance auprès de ses deux collègues, soit MM. F_____ et G_____. Par ailleurs, l'assuré disposait d'un enregistrement dans lequel l'un de ses collègues parlait sans équivoque de l'accident et de ce qu'il avait vu. Vu sa situation financière, l'assuré n'avait actuellement pas les moyens de « faire traduire cette longue conversation, de sorte qu'il sera, par la suite, dans l'obligation de les remettre au juge et/ou au procureur avec le dépôt de plainte pénale » (sic). Dans ces circonstances, il était notoire que les deux collègues susmentionnés avaient fait ces déclarations pour ne pas perdre leur emploi. Il était également insoutenable que sur la base des seuls faits allégués par l'employeur, des prestations d'assurance fussent refusées sur la base d'une fausse déclaration intentionnelle. L'incapacité de travail résultait bel et bien de l'accident du 25 avril 2015 puisqu'auparavant, l'assuré était capable de travail et que depuis lors, son état de santé avait changé. ![/endif]>![if> 22. Par courrier du 27 décembre 2016, l'avocat de l'assuré a informé l'assureur de la résiliation avec effet immédiat du mandat de représentation qui le liait à l'assuré.![endif]>![if> 23. Par décision du 23 février 2017, l'assureur a rejeté

l'opposition du 23 août 2016 et refusé l'assistance juridique à l'assuré. Dans la première déclaration qu'il avait faite lors de la consultation médicale du 27 avril 2015, l'assuré avait déclaré que les douleurs étaient apparues après avoir « karcherisé » une paroi en hauteur. Ce n'était que par la suite, notamment lors de la consultation du 30 avril 2015 qu'il avait fait état d'une glissade, suivie d'un mouvement de rattrapage du bras droit et d'une rotation sur lui-même dans le vide qui aurait généré d'importants étirements au niveau de l'épaule. La première version des faits ne remplissait par les critères d'un accident. S'agissant de la seconde, les deux témoins cités par l'assuré avaient démenti les explications de l'intéressé. Enfin, il était impossible, au vu de la hauteur de la hotte, que l'assuré se fût retrouvé suspendu par un bras jusqu'à ce que ses collègues l'aident à redescendre. Par surabondance, les investigations médicales effectuées par les médecins traitants avaient permis d'exclure la suspicion de lésion du plexus brachial. L'atteinte à la santé constatée était celle d'une hernie discale qui, aux dires de l'assuré, avait été traitée chirurgicalement le 29 janvier 2016. Or, selon l'expérience médicale pratiquement toutes les hernies discales s'inséraient dans un contexte d'altérations des disques intervertébraux d'origine dégénérative, un événement accidentel n'apparaissant comme la cause proprement dite d'une lésion du disque intervertébral qu'en cas de gravité particulière du mécanisme accidentel (chute libre d'une hauteur importante, chute avec port de charges, télescopage à grande vitesse) et si les symptômes de la hernie discale apparaissaient immédiatement, entraînant aussitôt une incapacité de travail. Tel n'était pas le cas en l'espèce puisque l'assuré avait déjà souffert, avant l'événement annoncé, de plaintes similaires et que les examens radiologiques avaient révélé de nombreuses lésions dégénératives. De plus, les plaintes postérieures à l'événement décrit s'étaient aggravées progressivement. Enfin, la demande d'assistance juridique devait être refusée dès lors que l'assuré était pris en charge par l'Hospice général et qu'il bénéficiait ainsi de l'aide d'assistants sociaux, de sorte que l'assistance d'un avocat n'était ni nécessaire ni indiquée. 24. Par acte daté du 17 mars 2017, posté deux jours plus tôt, l'assuré a saisi la chambre de céans d'un recours contre la décision de l'intimée du 23 février 2017 en concluant préalablement à l'audition de MM. F_____ et G_____ en qualité de témoins et à ce qu'une expertise neurochirurgicale soit ordonnée. Sur le fond, le recourant a conclu à l'annulation des décisions du 17 juin 2016 et du 23 février 2017, à l'octroi des prestations de l'intimée dès le 26 avril 2015, sous suite de frais et dépens. À l'appui de ses conclusions, le recourant a soutenu que, alors qu'il était en train de nettoyer l'extérieur et l'intérieur de la hotte, debout sur les plaques de la cuisinière, il avait glissé sur le produit de nettoyage qui avait coulé depuis la hotte. Par réflexe, il avait attrapé une des barres de la hotte qui se trouvaient à l'intérieur de celle-ci, derrière les plaques filtrantes, avec sa main droite. Ensuite, il était resté suspendu quelques secondes en tournant, n'osant pas reposer ses pieds de peur de glisser encore. Deux de ses collègues, MM. F_____ et G_____, qui étaient dans la même pièce en train de faire autre chose, étaient tout de suite venus le secourir car ils l'avaient vu suspendu ou « probablement entendu la grille de la cuisinière tomber par terre ». Il ne comprenait pas pourquoi ces deux hommes n'avaient pas confirmé ces faits, à moins qu'ils n'aient subi des pressions de la part de l'employeur. S'agissant de son atteinte à la santé, celle-ci était bien liée à l'accident puisque déclenchée par ce dernier. 25. Dans un rapport d'investigation complémentaire du 6 avril 2017, l'inspecteur de l'intimée a expliqué en préambule que dans son recours adressé à la chambre de céans, le recourant affirmait désormais qu'il s'était agrippé à des barres métalliques qui se trouvent derrière les filtres (également métalliques) de la hotte du restaurant. Afin de vérifier cette nouvelle version des faits, l'inspecteur s'était

rendu au restaurant le mercredi 5 avril 2017 autour de 13h45. Les cuisiniers lui avaient alors expliqué que le nettoyage de la hotte se faisait en moyenne une fois par semaine en enlevant les filtres au moyen d'un produit dégraissant sous forme de spray et en frottant avec du papier ménager. On lui avait encore confirmé que l'assuré avait effectivement nettoyé la hotte mais qu'il n'était jamais tombé. L'inspecteur a expliqué, photos du dessous de la hotte à l'appui, qu'en enlevant les filtres métalliques, on pouvait aisément constater qu'il n'y avait aucune barre métallique derrière ces filtres. Le seul endroit où l'on pouvait se retenir était la rigole antérieure de la hotte mais celle-ci était atteignable en levant le bras depuis le sol pour une personne qui mesure environ 170 cm, référence étant faite à une photo prise lors de la première visite de l'inspecteur, montrant un cuisinier se tenant debout contre les manettes de la cuisinière, le corps tourné à 90° vers la gauche, le bras droit en extension au-dessus de la tête, avec le pouce de la main droite sur la face extérieure (parfaitement lisse et verticale) de la hotte et les quatre autres doigts touchant l'intérieur de cette dernière. Côté mur, en enlevant les filtres métalliques, il y avait une deuxième rigole (servant de support aux filtres et devant retenir la condensation de la vapeur ou l'excédent de graisse) à laquelle on aurait pu se tenir. Toutefois, elle ne paraissait pas assez solide pour supporter le poids d'un corps humain sans se déformer. De plus, compte tenu de la largeur de la cuisinière, il était physiquement impossible de tomber au sol. On pouvait au mieux tomber à genoux en se blessant sur les grilles de cuisson. Côté mur également, il y avait une barre qui servait de support pour les ustensiles de cuisine mais celle-ci était visible sans enlever les filtres de la hotte et pas du tout solide.

26. Par réponse du 12 avril 2017, l'intimé a conclu au rejet du recours avec suite de frais, le recourant ayant agi de manière téméraire. L'intimé a fait valoir que ce dernier avait varié dans les déclarations qu'il avait faites sur les circonstances de l'accident, lesquelles avaient été démenties par les témoins et infirmées par le résultat des investigations menées par l'inspecteur sur les lieux du prétendu accident.

27. Par réplique du 8 mai 2017, le recourant a soutenu que les faits allégués par l'intimé étaient inexacts car ceux-ci « [prenaient] forme dans le maquillage que [ses] ex-employeurs [avaient] voulu imprimer à la réalité, tirant avantage de [ses] lacunes en français, et repris pour l'essentiel ses précédents argument. Il a ajouté qu'après son accident survenu le 26 avril 2015 autour de 16h00, son employeur, informé de cet incident et de ses douleurs persistantes, l'avait autorisé, autour de 20h00, à rentrer à la maison après lui avoir fait signer le même jour un document antidaté du 25 avril 2015. Ce « maquillage des faits » par l'employeur était corroboré par la lettre que ce dernier avait adressée à l'intimée en date du 6 mai 2015, dans laquelle il indiquait avoir signifié le congé « en date du 25 avril 2015. Il possédait par ailleurs un enregistrement de 23 minutes en français, arabe et kurde des déclarations que M. G_____ avait faites en privé et qu'il verserait au dossier à la demande des juges. Dans la mesure où l'intimée affirmait qu'elle avait constaté qu'il n'y avait pas véritablement d'endroit où l'on pourrait s'accrocher, sauf le bord de la hotte elle-même, il s'agissait d'une constatation non seulement « partielle » qui ne reflétait pas du tout la réalité et supposait a contrario que l'intimée avait constaté qu'il y avait « malgré tout un endroit sur la hotte agrippé à un support qui se trouvait à l'intérieur de la hotte. Une expertise indépendante [corroborerait sa] déclaration ». En tant que l'intimée relevait dans son mémoire de réponse que si l'on s'accrochait sur le bord de la hotte, les pieds touchaient presque par terre, l'intimée ne tenait pas compte des « circonstances d'un accident où la peur et l'instinct peuvent impliquer des réactions spontanées qui à l'évidence seraient différentes de celles que l'on pourrait concevoir pour une situation d'enquête et d'hypothèse qui ne pouvait pas être prise comme argent comptant » (sic). Si les témoignages des

ex-collègues ne rendaient pas compte de la réalité de l'accident survenu le 26 avril 2015, il y avait « lieu de concevoir que les employés ne pouvaient pas faire des témoignages n'allant pas dans le même sens que leur employeur, de peur de perdre leur travail ». [endif]>[if> 28. Sur ce, la cause a été gardée à juger.[endif]>[if> EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) 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).[endif]>[if> Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. 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 est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.[endif]>[if>

3. Quant à l'objet du litige, les conclusions de l'acte de recours se rapportent uniquement à la décision sur opposition du 23 février 2017. En effet, le recourant ne prend pas de conclusions relativement à la décision du même jour lui refusant le bénéfice de l'assistance juridique dans le cadre de la procédure administrative. Le litige porte ainsi sur le point de savoir si l'événement allégué par le recourant s'est produit le 25 ou le 26 avril 2015 et, dans l'affirmative, de la manière décrite par celui-ci. Cas échéant, il conviendra de déterminer dans un second temps si cet événement répond aux critères d'un accident (ou d'une lésion corporelle assimilée) et, si tel est le cas, il existe un lien de causalité entre l'événement assuré et l'atteinte à la santé.[endif]>[if> 4. 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. 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). [endif]>[if> 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). 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. Selon la jurisprudence, 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). Lorsque la lésion se limite à une atteinte corporelle interne, qui pourrait également survenir à la suite d'une maladie, le mouvement non coordonné doit en apparaître comme la cause directe selon des circonstances particulièrement évidentes. Un accident se manifeste en règle générale par une lésion perceptible à l'extérieur. Lorsque tel n'est pas le cas, il est plus vraisemblable que l'atteinte soit d'origine malade (arrêt du Tribunal fédéral 8C_693/2010 du 25 mars 2011 consid. 5.2).

5. a. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en outre un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. 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.

b. 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. Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n°U 341 p. 408, consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

6. Selon l'expérience médicale, pratiquement toutes les hernies discales s'insèrent dans un contexte d'altération des disques intervertébraux d'origine dégénérative, un événement accidentel n'apparaissant qu'exceptionnellement, et pour autant que certaines conditions particulières soient réalisées, comme la cause proprement dite d'une telle atteinte. Une hernie discale peut être considérée comme étant due principalement à un accident, lorsque celui-ci revêt une importance particulière, qu'il est de nature à entraîner une lésion du disque intervertébral et que les symptômes de la hernie discale (syndrome vertébral ou radiculaire) apparaissent immédiatement, entraînant aussitôt une incapacité de travail. Dans de telles circonstances, l'assureur-accidents doit, selon la jurisprudence, allouer ses prestations également en cas de rechutes et pour des opérations éventuelles. Si la hernie discale est seulement déclenchée, mais pas provoquée par l'accident, l'assurance-accidents prend en charge le syndrome douloureux lié à l'événement accidentel. En revanche, les conséquences de rechutes éventuelles doivent être prises en charge seulement s'il existe des symptômes évidents attestant d'une relation de continuité entre l'événement accidentel et les rechutes (voir notamment RAMA 2000 n°U 378 p. 190 consid. 3; arrêt du Tribunal fédéral 8C_373/2013 du 11 mars 2014 consid. 3.3).

La preuve médicale de la causalité naturelle dans le cas d'une hernie discale, décompensée par l'accident assuré, est

remplacée par la présomption jurisprudentielle – qui se fonde sur la littérature médicale – selon laquelle une aggravation traumatique d'un état dégénératif préexistant de la colonne vertébrale cliniquement asymptomatique doit être considérée comme étant terminée, en règle générale, après six à neuf mois, au plus tard après un an (arrêts du Tribunal fédéral 8C_412/2008 du 3 novembre 2008 consid. 5.1.2 et 8C_467/2007 du 25 octobre 2007 consid. 3.1; voir également arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 354/04 du 11 avril 2005 consid. 2.2 avec références). 7. 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). Toutefois, l'absence de preuve d'un accident ne peut être que rarement suppléée par des constatations médicales mais ces dernières peuvent parfois servir d'indice quant à la survenance – ou non – d'un accident (ATF 103 V 175 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_709/2010 du 31 janvier 2011 consid. 2.2 et les références citées). 8. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 , consid. 5b; ATF 125 V 193 , consid. 2). 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 et le défaut de preuve va au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé (ATF 126 V 319 , consid. 5a; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 339/03 du 19 novembre 2003, consid. 2). 9. L'assureur peut refuser la prestation lorsqu'une fausse déclaration d'accident lui a été remise intentionnellement (art. 46 al. 2, 2ème phrase LAA). Cette disposition est une norme potestative (Kannvorschrift) impliquant, de la part de l'assuré, un comportement dolosif tendant à obtenir des prestations indues. Si l'assureur-accident dispose certes d'un large pouvoir d'appréciation dans l'application de cette disposition légale, il doit toutefois s'en tenir aux principes d'égalité et de proportionnalité, sans oublier la prohibition de l'arbitraire (RAMA 1996 n° U 250, p. 181 consid. 2a/cc ; FRESARD/MOSER-SZELESS, op. cit. p. 1063 n. 594). 10. a. En l'espèce, il y a lieu de remonter au rapport du 27 avril 2015 de la Dresse D_____ pour trouver la première trace de l'événement sur lequel le recourant se fonde pour réclamer des prestations à l'intimé, à savoir des douleurs latérothoraciques droites hautes survenues après avoir « karchérisé » une paroi en hauteur. Force est de constater que tout facteur extérieur de l'atteinte est absent de ce descriptif et qu'il n'est donc pas possible de qualifier l'événement d'accident. Ce n'est qu'en date du 30 avril 2015, à l'issue de la consultation donnée le même jour par la Dresse E_____ que le rapport de ce médecin – auquel la déclaration d'accident du 6 mai 2015 renvoie – évoque un assuré ayant glissé alors qu'il nettoyait une surface en hauteur, qui se serait rattrapé avec le bras droit puis aurait fait une rotation sur lui-même avec étirement important au niveau de l'épaule, ce qui aurait généré des douleurs dans le bras. Cette version est également celle que l'assuré a donnée à l'assureur en complétant le questionnaire du 20 mai 2015. On y apprend en outre que l'événement se serait produit le 26 avril à 16h00. Cette version est également donnée par le

recourant à l'inspecteur au cours de l'entretien enregistré « du 27 janvier 2015 » (sic). Au cours de cet échange, le recourant apporte une précision supplémentaire en indiquant qu'après avoir glissé, il se serait tenu à la hotte avant que deux collègues – les témoins F_____ et G_____ – ne viennent l'aider à descendre, ce que ces derniers ont démenti. Selon le témoin G_____, le recourant s'était bien proposé de nettoyer la hotte le 26 avril 2015 ; ce dernier avait légèrement glissé sur la cuisinière, sans tomber, et il avait continué à nettoyer la hotte. L'assuré a ensuite varié dans ses déclarations en affirmant, dans son courrier du 13 mai 2016 et dans l'opposition du 23 août 2016, que l'accident serait survenu le 25 avril 2015. Dans son recours du 17 mars 2017, la date du 26 avril 2015 était à nouveau avancée en lieu et place mais cette fois, le recourant aurait attrapé une des barres de la hotte qui se trouvaient à l'intérieur de celle-ci, derrière les plaques filtrantes, avec sa main droite, avant que ses collègues viennent tout de suite le secourir car il l'avaient vu suspendu ou « probablement entendu la grille de la cuisinière tomber par terre ». Après avoir pris connaissance du rapport d'investigation complémentaire du 6 avril 2017 de l'inspecteur, le recourant a affirmé que même si l'inspecteur avait relevé que si l'on s'accrochait au bord de la hotte, les pieds touchaient presque par terre, « l'intimée n'avait pas tenu compte des circonstances d'un accident où la peur et l'instinct peuvent impliquer des réactions spontanées qui à l'évidence seraient différentes de celles que l'on pourrait concevoir pour une situation d'enquête et d'hypothèse qui ne pouvait pas être prise comme argent comptant ». ![endif]>![if> Dans un rapport du 4 avril 2017 (cf. pièce 4 p. 17 recourant), la doctoresse L_____, médecin interne FMH, indique « selon les dires du patient, le 26.04.2015 alors qu'il était sur son lieu de travail, il se met debout pour nettoyer une hotte (travail dans la restauration). Il glisse et en voulant se rattraper, s'accroche à un lampe avec le bras droit, ce qui occasionne une rotation sur lui-même et un étirement de tout le membre supérieur droit. Il ressent à ce moment une vive douleur de type décharge électrique associée à des paresthésies et une hypoesthésie avec faiblesse du membre supérieur droit ».

b. En synthèse, il n'est pas contesté par les témoins que le recourant nettoyait la hotte du restaurant le 26 avril 2015 mais au vu des déclarations de M. G_____, il apparaît également que le recourant a glissé en nettoyant la hotte, sans toutefois tomber et qu'il a continué à nettoyer cette dernière. Ceci étant posé, il y a lieu de rappeler que même si un mouvement non coordonné consistant en une glissade constitue en principe un facteur extérieur extraordinaire, il n'en reste pas moins que lorsque la lésion se limite à une atteinte corporelle interne – hernie discale C4-C5 in casu – qui pourrait survenir également à la suite d'une maladie, il est nécessaire que le mouvement non coordonné apparaisse comme la cause directe de l'atteinte selon des circonstances particulièrement évidentes. Or, dans le cas particulier, il est constant que le recourant ne s'est pas blessé simplement en glissant mais que ceci se serait produit au moment du mouvement réflexe (rattrapage de la main droite et suspension du corps tournant sur lui-même). Ainsi, la question de savoir si la glissade constitue un facteur extérieur extraordinaire peut rester ouverte puisque ce dernier n'apparaît pas comme étant la cause directe de l'atteinte à la santé (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_781/2007 du 20 mars 2008 consid. 3.2 sur la présence de deux facteurs extérieurs). En effet, il ressort à la fois des déclarations du recourant et des rapports médicaux que les douleurs du bras droit sont survenues après que le recourant se fut rattrapé avec ce membre et qu'il eut effectué une rotation sur lui-même avec étirement important au niveau de l'épaule. c. Ainsi, la question qu'il convient désormais de trancher est de déterminer si le recourant a rendu plausible qu'il a été victime d'un événement qui se serait produit comme il l'a décrit – pour l'essentiel – à partir du 30 avril 2015, c'est-à-dire qu'il

serait resté suspendu à un support (au bord / à l'intérieur de la hotte, voire à une lampe) aurait tourné sur lui-même avant que ses collègues ne l'aident à descendre. La chambre de céans peine à comprendre comment le recourant aurait pu chuter si, comme il le prétend également, ses collègues étaient venus l'aider à descendre. Du reste, comme l'inspecteur l'a relevé, le bord de la hotte – auquel le recourant se serait retenu – est atteignable du bras droit lorsqu'une personne mesurant 1m70 se tient debout devant la cuisinière. Dès lors, point n'est besoin de l'aide d'un tiers pour descendre, soit pour ne pas chuter. De plus, le recourant, une fois connues les conclusions de l'inspecteur, a indiqué le 15 mars 2017 dans l'acte de recours qu'il se serait tenu à une barre à l'intérieur de la hotte. Quelques jours plus tard, soit le 4 avril 2017, il a confié à la Dresse L_____ qu'il se serait accroché à une lampe. Enfin, après avoir pris connaissance du rapport d'investigation complémentaire de l'inspecteur du 6 avril 2017, qui relevait qu'il n'y avait aucune barre métallique derrière les filtres, le recourant semble être revenu – au prix d'arguties confuses développées dans sa réplique du 8 mai 2017 – à la version antérieure à l'acte de recours, à savoir qu'il se serait accroché au bord de la hotte. Dans un deuxième moyen, le recourant tente de mettre en doute le témoignage de ses anciens collègues en soutenant qu'ils auraient subi des pressions de la part de l'employeur. Au vu des éléments versés au dossier, notamment de la tentative de subornation rapportée par M. G_____, ces assertions apparaissent dépourvues de tout fondement et l'enregistrement proposé fort suspect. Du reste, l'employeur a exposé de façon claire, au cours de l'entretien du 31 mai 2016, qu'il n'avait jamais eu d'intérêt à nier la survenance d'un accident puisque dans cette éventualité, c'était à l'intimé qu'il incombait d'en assumer les frais. Aussi la chambre de céans s'en tiendra-t-elle aux témoignages concordants de MM. G_____ et F_____ – corroborés par les investigations effectuées in situ par l'inspecteur – aux termes desquels le recourant ne s'est jamais rattrapé avec le bras droit à la hotte (ou à un support quelconque), n'a pas tourné sur lui-même dans le vide et n'a pas été secouru par ses collègues qui se seraient déplacés pour l'aider à redescendre. En conclusion, le dossier médical ne permet pas d'accréditer la thèse d'un accident qui serait survenu le 25 ou le 26 avril 2015 selon les explications contradictoires autant qu'invraisemblables du recourant. 11. Compte tenu de ce qui précède, le recours doit être rejeté. 12. Au vu de l'attitude du recourant, qualifiée de téméraire, l'intimée conclut à l'octroi d'une indemnité équitable à titre de participation à ses frais et dépens. a. La réglementation prévue à l'art. 61 let. a LPGA et reprise à l'art. 89H LPA prévoit que la procédure devant le tribunal cantonal des assurances doit être simple, rapide, en règle générale publique, ainsi que gratuite pour les parties ; des émoluments de justice et les frais de procédure peuvent toutefois être mis à la charge de la partie qui agit de manière téméraire ou témoigne de légèreté. Agit par témérité ou légèreté la partie qui, en faisant preuve de l'attention et de la réflexion que l'on peut attendre d'elle, sait ou devait savoir que les faits invoqués à l'appui de ses conclusions n'étaient pas conformes à la vérité ou qui, malgré l'absence évidente de toute chance de succès, persiste dans sa volonté de recourir (cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 252/06 du 14 juillet 2006, publié in SVR 2007 IV n. 19 p. 168 et arrêt du Tribunal fédéral des assurances P 23/03 du 4 septembre 2003, publié in SVR 2004 n. 2 p. 5). En revanche, le comportement d'une partie ne saurait être qualifié de téméraire lorsque la position qu'elle défend tout au long de la procédure n'est manifestement pas contraire à la loi ou d'emblée insoutenable (arrêt du Tribunal fédéral 9C_820/2009 consid. 3). b. Au vu des déclarations contradictoires et invraisemblables du recourant, son recours est manifestement téméraire. Aussi, il se justifie de mettre à sa charge un émoulement de justice de CHF 1'000.-. c. Selon un principe

général du droit fédéral des assurances sociales, les frais de justice et les dépens peuvent être mis à la charge de la personne qui agit avec témérité ou légèreté (ATF 118 V 316 consid. 3b p. 317). En l'occurrence, la défenderesse agit toutefois en personne, de sorte qu'elle ne peut prétendre à des dépens. *** 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.