

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/454/2024

ATAS/540/2024

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 28 juin 2024

Chambre 5

En la cause

A_____

recourant

contre

AXA ASSURANCES SA

intimée

Siégeant : Philippe KNUPFER, président ; Toni KERELEZOV et Monique STOLLER-FÜLLEMANN, juges assesseurs.

EN FAIT

- A.** **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né en _____ 1985, a travaillé au département juridique/compliance de B_____ (ci-après : l'employeur) à compter du 18 avril 2022, et était, à ce titre, assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès d'AXA ASSURANCES SA (ci-après : l'assureur).
- b.** Le 14 juillet 2022, son contrat de travail a été résilié par l'employeur, avec effet au 21 juillet 2022, conformément au délai de préavis contractuel.
- B.** **a.** Le 20 juillet 2022, l'assuré a subi un accident dans sa salle de bain, à la suite duquel il a consulté, le jour même, la docteure C_____, spécialiste FMH en médecine générale auprès du centre médical D_____, laquelle a constaté une plaie superficielle de plus de 5 cm, face dorsale à l'avant-bras gauche, nécessitant des points de suture et entraînant une incapacité de travail totale du 20 juillet au 21 août 2022, date de la fin du traitement (certificats des 31 août et 12 septembre 2022 ; questionnaire daté du 10 octobre 2022).
- b.** Par déclaration du 22 août 2022, l'employeur a annoncé l'accident à l'assureur, mentionnant que l'événement, survenu le « 21 » juillet 2022, avait entraîné une coupure au bras gauche de l'assuré.
- c.** L'assureur a pris en charge les suites de l'accident, par le versement d'indemnités journalières et le remboursement des frais médicaux, pour la période du 21 juillet au 21 août 2022.
- d.** Le 7 septembre 2022, l'assuré s'est rendu aux urgences des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) en raison de douleurs abdominales. Une radiographie du thorax a été effectuée le lendemain, concluant à l'absence de foyer de condensation et de nodule parenchymateux, de pneumothorax et d'épanchement pleural. Il existait un étalement de la silhouette cardio-médiastinale probablement causé par des franges graisseuses péricardiques et un inspirom limité (rapport du 8 septembre 2022 de la docteure E_____, spécialisée en radiologie). Suite à ces investigations, le docteur F_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, a indiqué que l'assuré avait consulté en raison de l'apparition de douleurs dans l'hypochondre droit depuis la veille irradiant en région thoracique basse à droite, péjorées à la respiration profonde. Les douleurs étaient probablement d'origine musculo-squelettique (rapport du 8 septembre 2022).
- e.** Le 27 septembre 2022, l'assuré a annoncé à l'assureur la prolongation de son incapacité de travail totale du 22 août au 20 septembre 2022, en se fondant sur un certificat établi par le docteur G_____, médecin généraliste et médecin traitant, établi à H_____ (France).
- f.** Dans le cadre de l'instruction du dossier de l'assuré, l'assureur a rassemblé les pièces suivantes :

- dans un questionnaire signé le 3 octobre 2022, l'assuré a précisé : « le mercredi 20 juillet 2022, j'ai été victime d'un accident domestique. Le matin en faisant mes ablutions, je m'appuyais sur le lavabo pour faire mes ablutions. Le lavabo s'est cassé. Mon bras s'est coupé. Je suis tombé violemment à terre. Suite à ce mouvement, j'ai une douleur en bas du dos et au niveau de la poitrine. Dans la mesure où je suis obèse, je pèse 135 kg pour 1,75 m, ça n'a pas arrangé les choses. Je suis tombé violemment par terre. C'était le matin. Je ne m'attendais pas à être victime d'un accident domestique. Ma chute était violente. Depuis j'ai des douleurs en bas du dos et parfois au niveau de la poitrine ». S'agissant du début et de l'évolution des troubles, il a indiqué : « les douleurs sont apparues dès l'accident domestique. Ma priorité était de soigner mon bras qui n'arrêtait pas de saigner ». S'agissant de l'évolution des troubles après leur première apparition, il a noté : « la douleur en bas du dos est restée en continu jusqu'à aujourd'hui. Je me suis inscrit dans un club avec une piscine afin de faire des longueurs pour atténuer la douleur. Au niveau de la poitrine, je sens la douleur en discontinu ». Il avait été pris en charge le jour de l'accident pour cicatrifier la plaie. Pour ses douleurs au dos et à la poitrine, il avait consulté son médecin traitant depuis de nombreuses années, le Dr G_____, et il s'était présenté la nuit du 7 au 8 septembre 2022 aux HUG. Le traitement n'était pas terminé, il continuait à faire de la natation, ce qui apaisait les douleurs au niveau du dos. Enfin, auparavant, il ne présentait pas de tels troubles ;
- la Dre C_____ a attesté un premier traitement le 20 juillet 2022, en raison d'une chute. Elle avait constaté une plaie superficielle face dorsale à l'avant-bras gauche, nécessitant des points de suture et entraînant une incapacité de travail totale du 20 juillet au 21 août 2022, date de la fin du traitement (questionnaire du 10 octobre 2022) ; ce médecin avait également listé les consultations effectuées par l'assuré, suite à l'accident, en date des 20, 21, et 29 juillet 2022 (rapport du 28 novembre 2022) ;
- le Dr G_____ a indiqué que l'assuré l'avait consulté le 20 juillet 2022, jour de l'accident, pour des douleurs en bas du dos et au niveau de la poitrine. Lors de l'accident, la chute brutale avait engendré un blocage au niveau du dos et de la poitrine. Les symptômes actuels avaient une cause accidentelle et l'assuré n'avait pas souffert auparavant de troubles similaires. Le traitement prescrit, consistant en la pratique de la natation pour débloquer le dos, n'était pas terminé. Il encourageait l'assuré, qui était obèse, à faire une cure pour perdre du poids, ce qui allait favoriser le déblocage du dos. Une incapacité de travail totale du 20 juillet au 30 novembre 2022 était constatée (rapport du 11 octobre 2022) ;
- les HUG ont indiqué que l'assuré ne les avait pas consultés en raison de l'événement du 21 juillet 2022. Ce n'était qu'en septembre 2022 qu'il était venu aux HUG, mais pour cause de maladie (courriel du 21 octobre 2022).

g. Le 31 octobre 2022, l'assuré a requis auprès des HUG la modification de la mention « maladie » sur la facture concernant sa prise en charge aux urgences le 7 septembre 2022. Il a rappelé avoir consulté en raison de problèmes de respiration à la suite d'une douleur au niveau de la poitrine, existant depuis l'accident du 20 juillet 2022. Le 7 septembre 2022, cette douleur s'était intensifiée.

h. Le secrétariat des HUG a répondu qu'après examen par le médecin superviseur lors de sa venue, il n'apparaissait pas qu'il s'agissait d'un accident. Selon le dossier, il avait consulté pour des douleurs abdominales aiguës en haut à droite, irradiant en région thoracique droite. Il n'avait pas été fait mention d'un traumatisme au mois de juillet 2022, lequel n'était d'ailleurs documenté nulle part dans le dossier (courriel du 1^{er} novembre 2022).

i. Le 7 novembre 2022, l'assureur a conseillé à l'assuré, qui sollicitait le versement d'une avance de prestations, de s'adresser aux services sociaux. Il lui a confirmé, par ailleurs, avoir versé, en raison du sinistre du 20 juillet 2022, des indemnités journalières jusqu'au 21 août 2022. Au-delà, le versement des prestations était réservé pendant la durée de l'instruction (courriers des 14 novembre et 16 décembre 2022).

j. Le 30 novembre 2022, l'assuré a requis une copie de son dossier. Une fois l'instruction terminée, et en cas de refus de prester, il ne souhaitait pas qu'une décision formelle soit rendue, mais préférait que l'assureur se prononce par le biais d'une simple communication.

k. À la demande de l'assureur, par rapport médical du 16 décembre 2022, le docteur I_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin conseil, a estimé que le lien de causalité entre les lombalgies et l'événement assuré était, au mieux, possible. Selon l'événement annoncé, le lavabo sur lequel l'assuré effectuait sa toilette s'était cassé, ce qui avait provoqué une chute avec des douleurs du dos et une plaie de l'avant-bras gauche. Les douleurs lombaires étaient annoncées de façon différée par rapport à l'accident qui avait causé une plaie superficielle à l'avant-bras. Vu le mécanisme de l'événement, avec un lavabo qui se brise, il n'y avait pas eu d'impact traumatique au niveau du rachis lombaire. Ces douleurs n'étaient pas mentionnées dans le rapport des urgences des HUG. En conclusion, il s'agissait de lombalgies chroniques probablement aggravées par le surpoids de l'assuré, comme le relevait le médecin traitant. Elles étaient donc d'origine « médicale ».

l. Par communication du 23 décembre 2022, l'assureur a refusé de verser des prestations au-delà du 21 août 2022. Selon la déclaration de sinistre de l'employeur, l'assuré s'était coupé le bras suite à l'accident du 20 juillet 2022 et l'assuré avait annoncé, le 3 octobre 2022, souffrir de lombalgies en raison de cet événement. Le service médical de l'assureur estimait toutefois que le lien de causalité entre l'événement et les lombalgies n'était que possible, ce qui n'était

pas suffisant pour justifier le droit à des prestations. Partant, aucune prestation n'était due au-delà du 21 août 2022, date de la fin du traitement auprès de la Dre C_____.

m. Le 19 janvier 2023, l'assuré, par l'intermédiaire d'AXA-ARAG Protection juridique, a contesté la position de l'assureur. Étant donné que le Dr G_____ avait reçu à sa consultation l'assuré le jour de l'accident pour des douleurs au bas du dos (rapport du 11 octobre 2022), il convenait de l'interroger sur le lien de causalité.

n. Selon une note téléphonique du 17 avril 2023, AXA-ARAG Protection juridique a informé l'assureur qu'elle ne représentait plus l'assuré.

o. À la demande de l'assuré, l'assureur lui a notifié une décision datée du 26 avril 2023, reprenant la teneur de sa communication du 23 décembre 2022.

p. Le 26 mai 2023, l'assuré a formé opposition contre cette décision, en sollicitant le versement des indemnités journalières de septembre à décembre 2022, soit environ CHF 25'000.-, majorées d'intérêts moratoires, la prise en charge des traitements et d'une cure, ainsi que le versement d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité physique (ci-après : IPAI). Le jour de l'accident, même si celui-ci lui avait aussi causé une douleur en bas du dos et au niveau de la poitrine, sa priorité était de soigner sa plaie, ce qu'il avait fait en se rendant au centre médical D_____. Durant les semaines qui avaient suivi, les douleurs au bas du dos et à la poitrine avaient toujours été présentes. Six semaines après l'accident, la douleur à la poitrine était devenue si intense qu'il s'était rendu aux urgences des HUG. Avant l'accident du 20 juillet 2022, il n'avait jamais consulté, que ce soit au centre médical D_____ ou aux HUG, pour des douleurs au bas du dos, ou à la poitrine. Partant, il était évident qu'un lien de causalité naturelle existait entre l'événement assuré et ses douleurs.

L'assuré contestait en outre le rapport du Dr I_____, relevant notamment qu'il avait pensé que les douleurs lombaires allaient disparaître, mais l'inverse s'était passé, celles-ci s'étaient amplifiées avec le temps.

q. L'assureur ayant informé l'assuré qu'une décision sur opposition allait être rendue dans les meilleurs délais (courrier du 21 août 2023) et que la procédure d'instruction médicale était en cours (courrier du 27 septembre 2023), l'intéressé a proposé, à plusieurs reprises, que le litige soit résolu à l'amiable.

r. Par rapport du 30 octobre 2023, le Dr I_____ a rappelé la description de l'événement fournie par l'assuré ; les blessures et dommages signalés étaient des douleurs au dos et à la poitrine ainsi qu'une plaie. S'agissant de la question de savoir si les douleurs au dos et à la poitrine étaient en lien de causalité avec l'accident, il a relevé que selon le rapport du Dr G_____ du 11 octobre 2022, lors de l'accident, la chute avait entraîné un blocage du dos et de la poitrine. Il n'y avait toutefois pas de douleur dans cette localisation mentionnée dans le rapport de consultation effectuée le 7 septembre 2022 aux HUG, laquelle portait sur des

douleurs abdominales. Selon le Dr I_____, il s'agissait à l'évidence d'un faux mouvement survenu en se rattrapant mais sans gravité, puisqu'il n'y avait pas eu de trouble rapporté initialement, ni d'investigation complémentaire réalisée ultérieurement. Le médecin-conseil relevait l'existence de lombalgies chroniques. Selon lui, pour les seules suites de l'accident, consistant en la suture d'une plaie de l'avant-bras, sans complication, la prise en charge des soins était justifiée jusqu'au 21 août 2022.

s. Le 20 novembre 2023, l'assuré a réitéré que les douleurs étaient présentes depuis l'accident. Selon lui, l'avis de son médecin traitant, qui le connaissait depuis des années, primait les conclusions du médecin-conseil et en cas de doute, le Dr I_____ aurait dû l'examiner. Vu la gestion lente de son cas par l'assureur, le montant des indemnités journalières dû devait être majoré d'un intérêt moratoire de 5% l'an.

L'assuré a joint notamment un rapport daté du 17 novembre 2023 du Dr G_____, par lequel ce dernier confirmait avoir reçu en consultation l'assuré dans les suites de son accident du 20 juillet 2022. Les douleurs thoraciques et lombaires bilatérales étaient bien liées à cet accident. Il suivait l'assuré depuis plusieurs années et son patient n'avait jamais présenté de troubles à ce niveau avant l'accident. La relation de cause à effet semblait évidente. L'assuré ne se plaignait plus d'aucune douleur.

t. L'assuré a relancé, à plusieurs reprises, l'assureur sur l'avancement de son dossier.

u. Par décision sur opposition du 5 janvier 2024, l'assureur a rejeté l'opposition de l'assuré, faute d'un lien de causalité entre l'accident et ses douleurs lombaires et thoraciques.

- C. a. Par acte du 7 février 2024, l'assuré a interjeté recours contre cette décision par-devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans), concluant, principalement, à son annulation, à la constatation d'un déni de justice et d'un lien de causalité entre l'accident du 20 juillet 2022 et les atteintes au rachis lombaire et à la poitrine, au versement de CHF 25'000.- à titre d'indemnités journalières dues de septembre à décembre 2022, avec intérêts moratoires dès le 20 juillet 2022, ainsi qu'au versement d'une IPAI et à l'octroi d'une indemnité pour tort moral de CHF 5'000.-, et subsidiairement, au renvoi de la cause à l'intimée pour nouvelle décision. S'agissant du déni de justice, le recourant a fait valoir que la décision sur opposition avait été rendue le 5 janvier 2024, soit 18 mois après l'accident du 20 juillet 2022. Par ailleurs, il a réitéré que le jour de l'accident, sa priorité était de soigner sa plaie, malgré l'existence déjà de douleurs au bas du dos et à la cage thoracique, pensant que ces douleurs allaient disparaître. L'origine musculo-squelettique de ses douleurs, retenue par les HUG, attestait que celles-ci étaient dues à sa chute brutale le 20 juillet 2022. Il en voulait pour preuve également le

fait qu'il n'avait jamais consulté, que ce soit aux HUG ou au centre médical D_____, pour de telles douleurs avant son accident et il convenait de s'en tenir à l'appréciation du Dr G_____. Il a fait valoir en outre qu'en raison de la gestion problématique de son dossier par l'intimée, il avait subi une période de précarité, de chômage et d'inactivité, alors qu'il occupait, avant l'accident, un poste dans une banque pour un salaire de CHF 92'000.- par an. Vu le refus de l'intimée de verser les indemnités journalières, il avait été contraint de faire appel à l'Hospice général dès janvier 2023. Il avait donc droit à une indemnité pour tort moral.

Le recourant a produit diverses pièces, dont quatre certificats d'incapacité de travail totale établis par le Dr G_____ pour la période du 22 août au 23 décembre 2022.

b. Par pli du 21 février 2024, le recourant a expliqué, notamment, avoir reçu la décision litigieuse le 8 janvier 2024 et a produit des pièces à l'appui.

c. Par réponse du 4 avril 2024, l'intimée a conclu au rejet du recours, pour les motifs indiqués dans sa décision litigieuse. Par ailleurs, les troubles au dos et à la poitrine n'étant pas en lien de causalité avec l'accident assuré, le recourant ne pouvait prétendre à l'octroi d'une IPAI. Enfin, la période de traitement du dossier, comprise entre l'opposition et l'établissement d'une décision sur opposition, d'une durée de sept mois, ne pouvait être considérée comme particulièrement longue.

d. Par réplique du 2 mai 2024, le recourant a réitéré ses arguments. Une pleine valeur probante devait être accordée aux appréciations de son médecin traitant, ce qui n'était pas le cas des conclusions du Dr I_____, lequel ne l'avait pas examiné. Par ailleurs, les pièces qu'il produisait attestaient que sa cause n'avait pas été traitée dans un délai raisonnable ; qu'il n'avait cessé de relancer l'intimée et lui avait même proposé une résolution du litige à l'amiable, en vain.

e. Par duplique du 29 mai 2024, l'intimée a persisté dans ses conclusions. Elle ne mettait pas en doute le fait que les douleurs étaient apparues ou s'étaient intensifiées après l'accident, mais cela n'était pas suffisant pour retenir l'existence d'un lien de causalité naturelle.

f. Par écriture du 12 juin 2024, le recourant a réitéré ses arguments et produit de nouvelles pièces. Selon lui, l'intimée aurait dû rendre ses décisions dans un délai de 30 jours.

g. Sur ce, la cause a été gardée à juger, ce dont les parties ont été informées.

EN DROIT

1.

1.1 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), 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.

1.2 Les conditions de délai et de forme prévues aux art. 56 LPGA et 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]) sont remplies. Le recours est donc recevable sous réserve de ce qui suit *infra* sous ch. 2.

2. Au sujet des conclusions prises par le recourant tendant à l'octroi d'une indemnité pour tort moral d'un montant de CHF 5'000.-, la chambre de céans relèvera ce qui suit.

En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent en principe être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par la voie d'un recours. Le juge n'entre donc pas en matière, sauf exception, sur des conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1 et les références).

En l'espèce, la décision dont est recours, datée du 5 janvier 2024, qui écarte l'opposition du recourant, porte exclusivement sur la question du lien de causalité naturelle entre ses douleurs et l'accident du 20 juillet 2022.

Les conclusions prises par le recourant, tendant au versement d'une indemnité pour tort moral, sont ainsi exorbitantes à l'objet du litige.

Par conséquent, ces conclusions sont irrecevables.

3. En premier lieu, le recourant invoque une violation du principe de célérité dans la mesure où l'intimée aurait tardé à rendre sa décision et sa décision sur opposition.

3.1 Pour ce qui est des délais applicables à la reddition d'une décision sur opposition, l'art. 52 al. 2 LPGA prévoit notamment que la décision sur opposition doit être rendue dans un délai approprié.

3.2 De manière générale, l'art. 29 al. 1 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101) dispose que toute personne a droit, dans une procédure judiciaire ou administrative, à ce que sa cause soit traitée équitablement et jugée dans un délai raisonnable.

L'art. 29 al. 1 Cst. garantit notamment à toute personne le droit à ce que sa cause soit traitée dans un délai raisonnable. Cette disposition consacre le principe de la célérité et prohibe le retard injustifié à statuer. L'autorité viole cette garantie lorsqu'elle ne rend pas une décision qu'il lui incombe de prendre dans le délai prescrit par la loi ou dans le délai que la nature de l'affaire et les

circonstances font apparaître comme raisonnable (ATF 144 I 318 consid. 7.1). Le caractère raisonnable du délai s'apprécie selon les circonstances particulières de la cause, eu égard notamment à la complexité de l'affaire, à l'enjeu du litige pour l'intéressé, à son comportement ainsi qu'à celui des autorités compétentes (ATF 143 IV 373 consid. 1.3.1). Il y a notamment un retard injustifié si l'autorité reste inactive pendant plusieurs mois, alors que la procédure aurait pu être menée à son terme dans un délai beaucoup plus court. Des périodes d'activités intenses peuvent cependant compenser le fait que le dossier a été laissé momentanément de côté en raison d'autres affaires et on ne saurait reprocher à l'autorité quelques temps morts, qui sont inévitables dans une procédure ; lorsqu'aucun d'eux n'est d'une durée vraiment choquante, c'est l'appréciation d'ensemble qui prévaut (ATF 130 IV 54 consid. 3.3.3). Un certain pouvoir d'appréciation quant aux priorités et aux mesures à prendre pour faire avancer l'instruction doit aussi être reconnu à l'autorité. Selon la jurisprudence, apparaissent comme des carences choquantes une inactivité de treize ou quatorze mois au stade de l'instruction ou encore un délai de dix ou onze mois pour que le dossier soit transmis à l'autorité de recours (ATF 130 IV 54 consid. 3.3.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_162/2022 du 9 août 2022 consid. 5.1 et les références). Il appartient notamment au justiciable d'entreprendre ce qui est en son pouvoir pour que l'autorité fasse diligence, que ce soit en l'invitant à accélérer la procédure ou en recourant, le cas échéant, pour retard injustifié (ATF 107 Ib 155 consid. 2b).

La sanction du dépassement du délai raisonnable ou adéquat consiste d'abord dans la constatation de la violation du principe de célérité, qui constitue une forme de réparation pour celui qui en est la victime. Cette constatation peut également jouer un rôle sur la répartition des frais et dépens, dans l'optique d'une réparation morale (ATF 130 I 312 consid. 5.3 ; 129 V 411 consid. 1.3).

3.3 En l'occurrence, l'intimée a statué, par décision du 26 avril 2023, soit sept mois après avoir été informée par le recourant, le 27 septembre 2022, que son incapacité de travail totale se poursuivait au-delà de la période attestée par la Dre C_____. Ce délai ne paraît pas déraisonnable (*cf.* pour comparaison, l'ATAS/750/2022 du 30 août 2022 consid. 6), ce d'autant moins que c'est à la demande du recourant lui-même que l'intimée ne lui a pas notifié, plus tôt, une décision sujette à opposition (*cf.* courrier du recourant du 30 novembre 2022).

Par ailleurs, l'intimée a statué, par décision du 5 janvier 2024, sur l'opposition formulée le 26 mai 2023 par le recourant. La décision litigieuse est ainsi intervenue un peu plus de sept mois après l'opposition. La chambre de céans constate que ce délai ne paraît pas non plus déraisonnable, étant relevé que l'intimée a, pendant cette période, repris l'instruction médicale du dossier du recourant. En outre, on ne saurait lui reprocher d'avoir fait preuve d'une lenteur excessive, le recourant lui ayant adressé de nombreux courriels, nécessitant autant de réponses de la part de l'intimée. Quoiqu'il en soit, le recourant aurait pu, s'il

l'estimait nécessaire, recourir auprès de la chambre de céans pour déni de justice, ce qu'il n'a pas fait.

Aussi, n'y a-t-il pas de retard injustifié à statuer dans le cas d'espèce.

4. Le litige porte sur l'existence d'un lien de causalité entre l'accident du 20 juillet 2022 et les douleurs au bas du dos et à la poitrine dont a souffert le recourant.

5.

5.1 Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

5.2 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 ; 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

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 condition est réalisée 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 (ATF 148 V 356 consid. 3 ; 148 V 138 consid. 5.1.1). Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition *sine qua non* de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1).

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 ; 119 V 335 consid. 1 et 118 V 286 consid. 1b et les références).

5.3 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.

6.1 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).

6.2 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. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral 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).

6.3 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. Étant 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).

Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise dans une procédure au sens de l'art. 44 LPGA, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des

investigations complémentaires (ATF 145 V 97 consid. 8.5 et les références ; 142 V 58 consid. 5.1 et les références ; 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4.4 et les références). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGa (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références).

6.4 Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

6.5 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). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

7.

7.1 La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGa) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGa). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. 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). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de

prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références).

7.2 Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46), entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante correspond à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.3).

8.

8.1 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 pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités revêtent une importance significative ou entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 et la référence ; 139 V 176 consid. 5.3 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 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

8.2 Le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3).

Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3). En outre, lorsqu'il existe des doutes sur la fiabilité et la pertinence de l'appréciation du médecin-conseil, il appartient en premier lieu à l'assureur-accidents de procéder à des instructions complémentaires pour établir d'office l'ensemble des faits déterminants et, le cas échéant, d'administrer les preuves nécessaires avant de rendre sa décision (ATF 132 V 368 consid. 5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_445/2021 du 14 janvier 2022 consid. 4.4 et les références).

9.

En l'espèce, il est établi que le recourant a été victime d'un accident le 20 juillet 2022, lui causant une plaie à l'avant-bras gauche et une incapacité de travail totale jusqu'au 21 août 2022, date à laquelle le traitement pour cette lésion a pris fin. Ces suites ont été prises en charge par l'intimée.

Le recourant fait valoir que l'accident du 20 juillet 2022 lui a causé également des douleurs au bas du dos et au thorax, ce que nie l'intimée en se fondant sur l'appréciation de son médecin-conseil, le Dr I_____.

9.1 Il s'agit donc de déterminer, dans un premier temps, si l'évaluation du Dr I_____ peut se voir accorder une pleine valeur probante.

Il convient à titre liminaire de relever que les conclusions du Dr I_____ ont été établies sur dossier uniquement. Cet élément ne remet toutefois pas en question la valeur probante de ses avis, pour autant qu'ils se fondent sur suffisamment de pièces établies suite à un examen clinique du recourant et qu'ils répondent aux requisits jurisprudentiels en matière de valeur probante. Or, la chambre de céans constate que les appréciations du Dr I_____, pour le moins succinctes, ne comportent pas d'anamnèse et se fondent sur trois rapports (dont deux formulaires) qui ne contiennent aucune appréciation sur la question litigieuse du lien de causalité naturelle entre l'accident du 20 juillet 2022 et les douleurs au dos et à la poitrine du recourant. Qui plus est, les conclusions du Dr I_____ n'apparaissent ni claires, ni dûment motivées. En effet, ce médecin-conseil semble retenir l'existence de lombalgies chroniques antérieures à l'accident, alors qu'aucun médecin ayant examiné l'intéressé n'en fait état. En outre, il retient qu'il s'agit de lombalgies chroniques probablement aggravées par le surpoids (rapport du 16 décembre 2022), puis, de manière contradictoire, qu'il s'agit à l'évidence

d'un faux mouvement survenu en se rattrapant mais sans gravité (rapport du 30 octobre 2023). De surcroît, il relève, dans ce dernier rapport, le fait que les médecins aux HUG n'ont pas mentionné l'existence d'une douleur à la poitrine. Or, contrairement à ce qu'il avance, c'est en raison des douleurs thoraciques que présentait le recourant qu'une radiographie du thorax a été effectuée (rapports du 8 septembre 2022 de la Dre E_____ et du Dr F_____). Enfin, en évoquant « un faux mouvement survenu en se rattrapant » (rapport du 30 octobre 2023), le Dr I_____ omet le fait que le recourant a chuté, comme l'a mentionné la Dre C_____, médecin qui a vu l'intéressé le jour de l'accident (*cf.* questionnaire du 10 octobre 2022).

Pour l'ensemble de ces motifs, la chambre de céans constate que les conclusions du Dr I_____ n'emportent pas la conviction. Ses rapports ne répondent pas aux requisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître une quelconque valeur probante et ne permettent pas de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les douleurs du recourant au bas du dos et à la poitrine résultent exclusivement de causes étrangères à l'accident.

Partant, en l'absence d'une analyse probante de la situation médicale du recourant, l'intimée ne pouvait se fonder sur les conclusions du Dr I_____ pour rendre sa décision litigieuse.

9.2 Par ailleurs, les autres pièces versées au dossier ne permettent pas non plus de se déterminer sur la question litigieuse. En effet, ni la Dre C_____, ni les médecins des HUG, ne se sont prononcés sur l'existence éventuelle d'un lien de causalité naturelle entre les douleurs du recourant au bas du dos et au thorax et l'événement assuré.

Quant aux rapports du Dr G_____, sur lesquels se fonde le recourant, s'ils font certes état de l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et les douleurs de l'intéressé au bas du dos et à la poitrine, ce médecin traitant justifie toutefois son opinion uniquement par le fait que son patient ne présentait aucune plainte avant l'accident. Or, on rappellera que le seul 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* »).

Ainsi, à défaut d'une instruction suffisante de la part de l'intimée permettant une appréciation adéquate de la question litigieuse du lien de causalité naturelle entre l'accident du 20 juillet 2022 et les troubles dont souffrait le recourant au bas du dos et au thorax, il se justifie de renvoyer la cause à l'intimée afin qu'elle procède à des investigations complémentaires pour établir d'office l'ensemble des faits déterminants et, le cas échéant, administrer les preuves nécessaires, si besoin par une expertise, avant de rendre une nouvelle décision (*cf.* art. 43 al. 1 LPGA).

10.

10.1 Le recours sera partiellement admis, dans la mesure de sa recevabilité. La décision litigieuse sera annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

10.2 Le recourant, qui n'est pas représenté, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA *a contrario*).

10.3 Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. f^{bis} LPGA *a contrario* et 89H al. 1 LPA).

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

Statuant

1. Admet partiellement le recours, dans la mesure de sa recevabilité.
2. Annule la décision sur opposition de l'intimée du 5 janvier 2024.
3. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
4. Dit que la procédure est gratuite.
5. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Le président

Véronique SERAIN

Philippe KNUPFER

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