RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3141/2021 **ATAS/70/2023**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 2 février 2023

3ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE

recourant

contre

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS - SUVA, Division juridique, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE

intimée

Siégeant : Karine STECK, Présidente ; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né en 1971, a été engagé le 11 août 2020 en qualité d'aide-plâtrier à plein temps par l'entreprise B_____ (ci-après : l'employeur), sur la base d'un contrat de durée déterminée, du 11 au 21 août 2020. À ce titre, il était assuré contre le risque d'accident, professionnel ou non, auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (SUVA ; ci-après : l'assureur).

b. Selon une déclaration de sinistre complétée le 1er septembre 2020 par l'employeur, l'assuré a été victime d'un accident de travail le 14 août 2020 à 14h30 : il avait glissé alors qu'il se tenait sur une échelle et sa jambe droite était passée entre deux marches. Sous la section « blessure » de la déclaration, il était précisé que la partie du corps atteinte était la jambe droite et qu'une opération avait été nécessaire.

c. Le 27 août 2020, la doctoresse C_____, médecin interne auprès du service de chirurgie cardiovasculaire des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), qui avait prodigué les premiers soins, a attesté d'une totale incapacité de travail du 16 août au 13 septembre 2020 pour cause de maladie ; le début du traitement remontait au 14 août 2020.

d. Le 15 septembre 2020, la doctoresse D_____, spécialiste FMH en médecine générale, exerçant au Centre Médical M_____ (ci-après : le centre médical), a attesté à son tour d'une totale incapacité de travail du 13 septembre au 13 octobre 2020, en raison d'un accident. Le traitement était en cours.

e. Invité par la SUVA à compléter un questionnaire pour éclaircir les faits, l'assuré a indiqué le 15 septembre 2020 qu'en date du 14 août 2020, à 15h10, il avait glissé d'une échelle d'une hauteur d'un mètre et était tombé sur le dos. Il avait ressenti immédiatement une douleur et reçu les premiers soins aux HUG le 16 août 2020.

f. Le 30 septembre 2020, le centre médical a indiqué qu'en date du 14 août 2020, l'assuré avait glissé d'une échelle d'une hauteur d'un mètre et était tombé sur le dos. Plus précisément, son dos avait heurté une marche de l'échelle. Depuis lors, il souffrait de lombalgies irradiant dans le membre inférieur droit. À la question de savoir si d'éventuelles circonstances pouvaient influencer de manière défavorable le processus de guérison, le centre médical a répondu par l'affirmative, en précisant que l'assuré avait subi, le 21 août 2020, une opération de revascularisation du membre inférieur droit. L'assuré souffrait d'une douleur à la palpation des vertèbres lombaires et des régions para-lombaires des deux côtés, avec une importante contraction musculaire. Une radiographie de la colonne lombaire avait été effectuée le 16 septembre 2020. Au final, une contusion

lombaire et des lombosciatalgies avaient été diagnostiquées. L'incapacité de travail, totale depuis le 14 août 2020, était toujours d'actualité.

Était joint à ce document le rapport relatif à la radiographie du 16 septembre 2020, du docteur E_____, radiologue FMH, constatant l'absence de fracture, de tassement notable, de discopathie dégénérative significative, d'anomalie morphologique, d'anomalie de la segmentation et de lésion osseuse suspecte ; la minéralisation osseuse était conservée ; le radiologue notait en revanche une perte de la lordose lombaire sans listhésis, ni déviation scoliotique, ainsi qu'une athéromatose marquée de l'aorte abdominale.

g. Ont également été versés au dossier de l'assureur :

- un rapport de consultation établi le 17 août 2020 par le docteur F_____, médecin interne au service de chirurgie cardiovasculaire des HUG, indiquant que la consultation du 16 août 2020 avait été motivée par une « douleur et/ou œdème d'un membre » ; le médecin retient les diagnostics d'ischémie aiguë du membre inférieur droit sur occlusion du pontage fémoro-poplité droit et précise que l'assuré est connu pour de multiples facteurs de risque cardiovasculaires et antécédents de revascularisation ; il avait souffert, le 16 août 2020, dans l'après-midi, d'une douleur brutale dans le membre inférieur droit, associée à des paresthésies et à une diminution de la sensibilité ; l'assuré aurait déjà ressenti des douleurs au membre inférieur droit à la marche et au repos depuis trois jours ;
- une lettre de sortie du 1er septembre 2020, établie par les Drs C_____ et G_____, du service de chirurgie cardiovasculaire des HUG, indiquant qu'une chirurgie vasculaire en urgence avait motivé l'hospitalisation de l'assuré du 16 au 27 août 2020 ;
- un compte rendu opératoire établi le 21 septembre 2020 par les docteurs C_____ et G_____, suite à une intervention pratiquée le même jour (pontage fémoro-poplité infra-géniculé en grande veine saphène inversée ipsilatérale) ; il convient de relever que le cas a été indiqué comme relevant de la maladie.

h. Le 27 octobre 2020, le secrétariat du service des urgences des HUG a certifié que l'assuré avait consulté le 16 août 2020 à 15h59 « pour un cas accident ». Ce document comportait la mention suivante : « ce certificat a été établi à la demande de la patiente [sic] et l'usage qui en sera fait est placé sous sa responsabilité ».

i. Interrogé par l'assureur, l'employeur, soit pour lui une assistante de direction, a indiqué, par courriel du 27 novembre 2020, qu'aucun rapport interne de l'événement n'avait été établi. L'assuré travaillait seul dans un appartement. Il n'y avait donc aucun témoin pour étayer ses déclarations. L'assistante de direction a précisé que c'était elle qui avait recueilli la déclaration de l'assuré lorsqu'il était venu au bureau le 1er septembre 2020, accompagné d'une personne parlant très peu le français pour faire la traduction (l'assuré lui-même ne parlant

pas du tout la langue). L'assuré lui avait fait comprendre qu'il avait glissé de l'échelle et que sa jambe était passée entre deux barreaux. Les questions « comment avez-vous perdu l'équilibre ? » et « pourquoi avez-vous perdu l'équilibre ? » étaient restées sans réponse, non pas en raison de la barrière de la langue, mais parce que l'assuré ne savait pas quoi répondre. En revanche, il avait affirmé n'avoir pas eu trop mal sur le coup, raison pour laquelle il ne s'était rendu à l'hôpital que dimanche.

j. Invité à donner des explications sur les renseignements divergents figurant au dossier, l'assuré a répondu, par courrier du 11 décembre 2020, que si, dans sa déclaration de sinistre, l'employeur n'avait pas expliqué concrètement le déroulement de l'accident, c'était parce que sa faible maîtrise du français avait eu pour conséquence une mauvaise compréhension de ses propos par l'employeur. Le 14 août 2020, il était tombé d'une échelle et s'était réceptionné sur le dos. C'était donc le rapport de la Dresse D_____ qui était correct.

k. Par courrier du 8 janvier 2021, la Dresse D_____ a rappelé que l'assuré avait subi une opération de revascularisation d'une artère du membre inférieur droit le 21 août 2020. Le suivi était assuré par le service d'angiologie des HUG. Le 14 août 2020, l'assuré avait glissé d'une échelle d'un mètre de hauteur et était tombé sur le dos. Plus précisément, il s'était heurté le dos à une marche de l'échelle. Il avait tout de suite souffert de lombalgies et d'une irradiation dans le membre inférieur droit. Les premiers soins avaient été dispensés aux HUG, le 16 août 2020. Elle avait, pour sa part, vu l'assuré pour la première fois en consultation le 15 septembre 2020. Elle lui avait prescrit un traitement consistant en anti-inflammatoires non stéroïdiens (ci-après : AINS), myorelaxants et antalgiques, complété par des séances de physiothérapie. Malgré ces mesures thérapeutiques, l'assuré était toujours symptomatique. À la douleur lombaire s'ajoutaient des paresthésies et des hypoesthésies du membre inférieur droit. En plus d'une radiographie lombaire réalisée le 16 septembre 2020, une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) de la colonne lombaire avait été pratiquée le 14 décembre 2020, qui avait révélé, selon le docteur H_____, radiologue, une discopathie marquée au niveau des trois derniers étages lombaires, ainsi qu'une arthrose modérée des articulaires postérieures.

B. **a.** Par décision du 3 février 2021, l'assureur a refusé l'octroi de prestations, motif pris que la preuve d'un accident faisait défaut.

b. Le 11 février 2021, la Dresse D_____ a attesté que l'assuré avait eu un accident le 14 août 2020 à 14h30, pendant l'exercice de son activité de peintre en bâtiment, et qu'à la suite de cet événement, il avait quitté le chantier à 15h20 le même jour. Il s'était rendu au service des urgences des HUG le 16 août 2020. S'il y avait eu confusion sur l'heure exacte de l'accident, c'était en raison de la barrière linguistique et d'un probable problème de traduction.

c. Par courrier du 8 mars 2021, l'assuré s'est opposé à cette décision en expliquant que le 14 août 2020, jour de l'accident, correspondait à son quatrième jour de travail. Comme il craignait de perdre son emploi, il était revenu à son domicile sans informer son employeur de l'accident. Il espérait, en effet, pouvoir reprendre normalement le travail le lundi 17 août 2020. Cependant, en raison d'une recrudescence des douleurs durant le week-end, il n'avait eu d'autre choix que de se rendre à l'hôpital, le dimanche 16 août 2021. Ne maîtrisant pas le français, il n'était pas entré dans les détails de l'événement. En revanche, il avait fait part de ceux-ci, le jour de l'accident, à Monsieur I_____. Ce dernier, qui l'avait conduit aux urgences le 16 août 2020, pouvait témoigner de la version des faits entendue immédiatement après leur survenance.

d. Le 14 juin 2021, le docteur J_____, médecin d'arrondissement de l'assureur, a conclu en substance à l'absence de lésion accidentelle récente objectivable qui aurait modifié la pathologie dégénérative ancienne de la colonne lombaire, documentée par le bilan radiologique du 16 septembre 2020 et l'IRM du 14 décembre 2020. Selon lui, cette altération n'était pas liée à un sinistre « de juillet 2020 ». Vu l'absence de déclaration d'accident pendant le séjour aux HUG, d'une part, celle de toute évaluation radiologique à cette époque, d'autre part, il était possible de conclure que l'événement annoncé pour le 14 août 2020 n'était pas à l'origine d'une quelconque lésion structurelle. En d'autres termes, les troubles ayant nécessité des soins dès le 15 septembre 2020 ne pouvaient être imputés à l'événement du 14 août 2020 au degré de la vraisemblance prépondérante.

e. Par décision du 29 juillet 2021, l'assureur a rejeté l'opposition.

Il a retenu que la survenance d'une chute d'une échelle d'une hauteur d'un mètre avec choc sur le dos contre une marche de l'échelle le 14 août « 2021 » (recte : 2020) n'était pas établie à suffisance de droit.

Et, même à supposer qu'elle le fût, les troubles qui avaient conduit l'assuré à consulter le service des urgences le 16 août 2020, puis à subir une intervention le 21 août 2020, tout comme l'incapacité de travail qui en avait découlé, étaient d'origine dégénérative.

Il en allait de même des lombalgies avec irradiation dans le membre inférieur droit rapportées par la Dresse D_____, laquelle n'expliquait aucunement pour quelle raison elle retenait une incapacité de travail d'origine accidentelle, quand bien même les examens radiologiques effectués (radiographie et IRM) témoignaient d'une origine dégénérative des troubles.

C. **a.** Le 13 septembre 2021, l'assuré a interjeté recours contre cette décision en concluant à son annulation et à l'octroi de toutes les prestations légales en lien avec l'accident du 14 août 2020.

Le recourant soutient que la survenance de l'accident est établie par le questionnaire qu'il a rempli, d'une part, par les constatations cliniques de la Dresse D_____ en date du 15 septembre 2020, d'autre part.

b. Invitée à se déterminer, l'intimée a conclu au rejet du recours.

c. Entendu le 20 janvier 2022, le recourant, assisté d'une interprète en langue albanaise, a allégué que, le 14 août 2020, il a glissé et est tombé d'une échelle, d'une hauteur d'un mètre, sur le côté droit et le dos. L'événement est survenu à 14h30. Il a ressenti des douleurs dans le bas du dos et n'a plus pu travailler ce jour-là. Il est cependant resté sur le chantier jusqu'à 15h30, car il craignait de perdre son emploi. Il est ensuite rentré à la maison. Le lendemain, soit le samedi, il a souffert de douleurs dans le dos peu importantes et a pris un bain chaud pour les calmer. Le surlendemain, dimanche, les douleurs se sont amplifiées. Il avait tellement mal partout qu'il a appelé des amis pour l'amener à l'hôpital. Rappelant qu'il ne parle pas le français, le recourant a expliqué qu'une fois à l'hôpital, il avait tellement mal qu'il n'a pas su expliquer où exactement. Les médecins l'ont examiné, lui ont fait passer un scanner et lui ont dit que le problème résidait dans sa jambe droite. Il ne pouvait pas les contredire. Il est possible qu'ils lui aient donné un calmant pour apaiser les douleurs.

Durant son séjour hospitalier, il a continué à souffrir du dos, mais une fois opéré, il a mis ces douleurs sur le compte de l'intervention. Il ne pouvait pas s'exprimer et n'aurait pas su auprès de qui se plaindre. Ce n'est que lorsqu'il est allé chez son médecin traitant qu'il a pu expliquer ce qui lui arrivait, par l'entremise d'un ami qui l'avait accompagné et avait fait office d'interprète.

L'assuré dit avoir souffert durant toute l'année 2021 de ces douleurs lombaires.

Désormais, il ne rencontre de problème que lorsqu'il travaille accroupi. Aujourd'hui encore, il ne passe pas un jour sans qu'il ne doive prendre un comprimé de Dafalgan.

Il n'est affilié à un assureur-maladie que depuis le 1er janvier 2022. Auparavant, il n'avait pas les moyens de payer.

Le représentant de l'intimée s'est étonné que le recourant prenne encore du Dafalgan alors qu'il admet que les douleurs ont disparu. Il s'est également étonné de l'allégation selon laquelle l'assuré n'aurait pas annoncé son accident pour ne pas perdre son emploi, puisqu'il était au bénéfice d'un contrat de durée déterminée, d'une part, qu'il a accepté d'être mis en arrêt de travail pour ses problèmes veineux, d'autre part. Enfin, il a fait remarquer que, quoi qu'il en soit, le recourant ayant été mis en arrêt de travail pour cause de maladie du 16 août au 13 septembre 2020 (cf. certificat du 27 août 2020 de la Dresse C_____) et du 11 mai au 11 juin 2021 (cf. certificat du 11 mai 2021 de la doctoresse K_____, médecin auprès du service de médecine de premier recours des HUG), il n'y a plus place pour d'éventuelles indemnités journalières de l'assurance-accidents.

Ce à quoi le recourant a répondu qu'entre ces deux périodes, soit de septembre 2020 à mai 2021, il n'a pu travailler en raison des douleurs dorsales uniquement. Son médecin traitant l'a adressé à un autre médecin – dont il ne se souvient plus du nom – qui lui a prescrit des comprimés, puis une injection. Une

intervention a certes été envisagée, mais tout a été suspendu suite à la décision de l'intimée.

Le représentant de l'intimée a maintenu que l'incapacité de travail, ayant commencé le 16 août 2020 pour les problèmes veineux a sans doute perduré de manière ininterrompue jusqu'au 11 juin 2021. Les problèmes veineux du recourant étant récurrents, rien n'indique qu'il aurait pu récupérer une capacité de travail entre ces deux épisodes, point qu'il conviendrait éventuellement d'éclaircir.

d. Interrogée par la Cour de céans, la Dresse D_____ a répondu, en date du 24 mars 2022, que si elle a conclu à une origine traumatique, c'est sur la base des explications que lui a fournies l'assuré en date du 15 septembre 2020 à sa consultation (chute d'une échelle le 14 août 2020 et réception sur le dos). L'anamnèse (dynamique de l'accident), l'examen clinique (douleur à la palpation des vertèbres lombaires et des régions para-lombaires des deux côtés, importante contraction musculaire et limitation de la mobilité de la colonne) et l'absence de lésions traumatiques sur la radiographie du 16 septembre 2020 lui ont permis de formuler le diagnostic de contusion lombaire, correspondant à un traumatisme. Quant à celui de lombosciatalgies, il se base également sur l'anamnèse, l'examen clinique et les éléments radiologiques (rapport IRM de la colonne lombaire du 15 décembre 2020).

S'agissant de savoir pourquoi elle avait indiqué, dans son rapport du 8 janvier 2021, que le recourant avait tout de suite souffert de lombalgies, la Dresse D_____ a répondu que c'est ce que l'intéressé lui a expliqué « lors de la première consultation le 14.08.20 [sic] en présence d'un traducteur ».

Questionnée sur l'évolution de l'incapacité de travail pour les suites des troubles ayant donné lieu à l'intervention du 21 août 2020, en particulier sur une éventuelle interruption de l'incapacité de travail entre le 13 septembre 2020 et le 10 mai 2021, la Dresse D_____ a indiqué que l'incapacité de travail débutée le 13 septembre 2020 avait duré jusqu'au 12 mai 2021, sans interruption, compte tenu de la persistance de la symptomatologie douloureuse.

Enfin, la Dresse D_____ a précisé que le recourant avait été vu par le docteur L_____, neurologue FMH. Le premier rapport de ce spécialiste, daté du 18 janvier 2021, concluait à des lombosciatalgies droites – avec un territoire imparfaitement systématisé, mais compatible avec un syndrome radiculaire L5 droit – non déficitaires. Le second rapport, daté du 15 février 2021, indiquait qu'au vu de la bonne réponse au traitement médicamenteux conservateur introduit en janvier 2021, la question d'une éventuelle infiltration périradiculaire L5 droite ou épidurale L4-L5 pourrait être rediscutée en fonction de l'évolution.

e. Par écriture du 21 avril 2022, l'intimée a fait remarquer que, la Dresse D_____ a posé les diagnostics de contusion lombaire et de lombosciatalgies d'origine traumatique rétroactivement au 14 août 2020,

principalement sur la base de la description que son patient a fait de sa supposée chute lors de la consultation du 15 septembre 2020. Dans la mesure où les diagnostics ont été posés et les arrêts de travail délivrés sur la base des seules déclarations et plaintes du recourant, la survenance d'une incapacité de travail d'origine accidentelle ne peut être retenue, faute d'observations médicales concluantes.

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), la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA – RS 832.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2.

2.1 À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

2.2 La procédure devant la Cour de céans est régie par les dispositions de la LPGA et de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10).

2.3 Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais pendant la période du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA et art. 89C let. b LPA), le recours est recevable.

3. Le litige porte sur le point de savoir si le recourant a été victime d'un accident au sens de la loi.

4.

4.1 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). La notion d'accident se décompose ainsi en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte dommageable ; le caractère soudain de l'atteinte ; le caractère involontaire de l'atteinte ; le facteur extérieur de l'atteinte ; enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur. Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement

ne puisse pas être qualifié d'accident, mais de maladie (ATF 129 V 402 consid. 2.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_235/2018 du 16 avril 2019 consid. 3.1).

Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2017, l'assurance alloue aussi ses prestations pour les lésions corporelles suivantes, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie : les fractures (let. a) ; les déboîtements d'articulations (let. b) ; les déchirures du ménisque (let. c) ; les déchirures de muscles (let. d) ; les élongations de muscles (let. e) ; les déchirures de tendons (let. f) ; les lésions de ligaments (let. g) ; les lésions du tympan (let. h).

4.2 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).

4.3 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).

5.

5.1 La personne qui sollicite l'octroi de prestations d'assurance-accidents doit prouver ou du moins rendre vraisemblables les différentes circonstances qui ont conduit à un accident (ATF 116 V 136 consid. 4b ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_834/2015 du 5 avril 2016 consid. 2.2). Si elle ne satisfait pas à cette exigence en fournissant des indications incomplètes, imprécises ou contradictoires qui rendent invraisemblable l'existence d'un dommage de nature accidentelle, l'assureur-accidents n'est pas tenu de fournir des prestations. En cas de litige, il incombe au juge d'apprécier si les différentes conditions de la notion d'accident sont remplies. Dans le cadre du principe de l'instruction (art. 61 let. c LPGA ; cf. aussi art. 97 al. 2, art. 105 al. 3 LTF), il doit recueillir d'office les preuves nécessaires (ATF 114 V 298 consid. 5b). Si l'instruction ne permet pas de tenir un accident pour établi ou du moins pour vraisemblable (la simple possibilité ne suffit pas), le juge constatera l'absence de preuves ou d'indices pertinents et, par conséquent, l'inexistence juridique d'un accident. De même, lorsque les lésions peuvent avoir une origine purement pathologique, la jurisprudence se montre particulièrement exigeante pour apprécier le caractère – accidentel ou non – de l'événement (ATF 103 V 175). Cela vaut en particulier pour certaines atteintes typiques à la santé qui, selon l'expérience, peuvent également survenir comme seule conséquence d'une maladie, en particulier de modifications dégénératives préexistantes d'une partie du corps dans le cadre d'un déroulement tout à fait

normal d'un événement. Dans de tels cas, les caractéristiques de la notion d'accident doivent être remplies de manière particulièrement claire. Avant tout, la cause directe de la lésion doit avoir été provoquée dans des circonstances particulièrement évidentes (p. ex. glissade, choc) puisque selon la définition de l'accident, la caractéristique du caractère extraordinaire ne se rapporte pas à l'effet du facteur extérieur, mais uniquement à ce facteur en tant que tel (ATF 99 V 136 consid. 1 ; cf. aussi ci-dessus : consid. 4.2).

5.2 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 ATF 118 V 286 consid. 1b et les références).

5.3 Sauf disposition contraire de la loi, le juge des assurances sociales fonde sa décision 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 (ATF 126 V 353 consid. 5b). En droit des assurances sociales, il n'existe pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

5.4 Les explications d'un assuré sur le déroulement d'un fait allégué sont au bénéfice d'une présomption de vraisemblance. Il peut néanmoins arriver que les déclarations successives de l'intéressé soient en contradiction avec les premières. En pareilles circonstances, selon la jurisprudence, il convient de retenir la première affirmation, qui correspond généralement à celle que l'assuré a faite alors qu'il n'était pas encore conscient des conséquences juridiques qu'elle aurait, les nouvelles explications pouvant être, consciemment ou non, le produit de réflexions ultérieures (ATF 143 V 168 consid. 5.2.2 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 4.3). Cette maxime de preuve ne s'applique toutefois que si les faits ne peuvent pas être établis d'une autre manière au degré de la vraisemblance prépondérante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_325/2017 du 5 juillet 2018 consid. 4.2.1 ; Irene HOFER, in Frésard-Fellay, Leuzigner, Pärli [éd.], Basler Kommentar, Unfallversicherungsgesetz, 2019, n. 10 ad art. 6 LAA et les références).

6. En l'espèce, il est constant que le recourant s'est présenté aux urgences le 16 août 2020 pour des troubles vasculaires (sur fond d'antécédents de même nature), qu'il a également consulté un médecin (la Dresse D_____) pour des lombalgies et lombosciatalgies, la toute première fois le 15 septembre 2020, en lui

expliquant, à cette occasion, qu'il était tombé d'une échelle d'une hauteur d'un mètre et s'était réceptionné sur le dos, le 14 août 2020. Étant donné qu'il ne ressort pas des rapports médicaux versés au dossier que les troubles vasculaires à la jambe droite et leurs suites (soins hospitaliers et arrêts de travail pour cause de maladie du 16 août au 13 septembre 2020 et du 11 mai au 11 juin 2021) présenteraient un lien de causalité quelconque avec l'événement du 14 août 2020 – malgré la déclaration de sinistre du 1er septembre 2020, faisant mention d'une atteinte à la jambe droite – la seule atteinte à la santé pertinente, du point de vue du droit aux prestations d'assurance-accidents, consiste en une contusion lombaire et des lombosciatalgies pour lesquelles la Dresse D_____ a prescrit, le 15 septembre 2020, un traitement et un arrêt de travail complet pour cause d'accident dès le 13 septembre 2020 (cf. pièce 12 intimée). Aussi convient-il de restreindre le champ d'analyse à ces seuls troubles.

Dans la mesure où ceux-ci n'entrent pas dans la liste des lésions assimilées à un accident (cf. art. 6 al. 2 LAA), il convient d'examiner s'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'ils résultent d'un accident survenu le 14 août 2020, ce qui suppose préalablement que la survenance de cet événement soit prouvée, ou à tout le moins rendue vraisemblable.

Il ressort des explications de la Dresse D_____ que ce sont à la fois l'anamnèse – à savoir la description de l'événement du 14 août 2020 par le recourant –, l'examen clinique (douleur à la palpation des vertèbres lombaires et des régions para-lombaires, contraction musculaire et limitation de la mobilité de la colonne) et l'absence de lésions traumatiques à la radiographie du 16 septembre 2020 qui l'ont conduite à retenir le diagnostic de contusion lombaire, atteinte correspondant à un traumatisme, en l'absence de lésions traumatiques à l'imagerie. S'agissant du second diagnostic (lombosciatalgie), le médecin a expliqué qu'une contusion lombaire peut parfois déclencher des douleurs irradiant dans les membres inférieurs, tout en précisant que le diagnostic de lombosciatalgies se basait sur l'anamnèse, l'examen clinique et l'IRM de la colonne lombaire du 15 décembre 2020.

La Cour de céans constate pour sa part que le rapport du 15 décembre 2020 précité indique que l'IRM a été motivée par une lombosciatalgie persistante au décours d'une contusion lombaire en août 2020. Quant à la contusion lombaire elle-même, la Dresse D_____ la diagnostique partiellement par élimination, puisque les documents radiologiques n'objectivent pas de lésions traumatiques. Il s'ensuit que la contusion lombaire – ainsi que la lombosciatalgie pouvant en découler – reposent en définitive uniquement sur l'examen clinique du 15 septembre 2020 et la véracité supposée de l'événement du 14 août 2020, tel que relaté par l'assuré le 15 septembre 2020 à son médecin traitant.

Étant donné que l'on se situait, en décembre 2015, au décours d'une contusion lombaire, il convient d'examiner comment cette atteinte s'est manifestée dans les suites immédiates de l'événement censé s'être produit le 14 août 2020.

À cet égard, le rapport de consultation aux urgences du 17 août 2020, qui est le plus proche de l'événement déclaré, précise que la consultation du 16 août 2020 était motivée par une « douleur et/ou œdème d'un membre », apparue trois jours plus tôt à la marche et au repos, avant de se muer en une douleur brutale du membre inférieur droit le 16 août 2020 dans l'après-midi, trois heures avant la consultation. Il n'était donc question, à l'époque, ni d'une chute sur le dos, ni de lombalgies, ni de lombosciatalgies, la même remarque étant valable pour le compte-rendu opératoire du 21 septembre 2020 et la lettre de sortie du 1er septembre 2020, celle-ci mentionnant uniquement des particularités concernant le membre inférieur droit sous la rubrique « examen physique d'entrée ».

Lors de son audition par la Cour de céans, le recourant a certes déclaré que lorsqu'il était arrivé à l'hôpital, les douleurs étaient telles qu'il n'avait pas su les localiser exactement, laissant le soin aux médecins d'en déterminer l'origine au moyen d'un scanner. Cependant, bien que la lettre de sortie du 1er septembre 2020 mentionne que la communication avec le recourant s'était révélée difficile, « le patient ne parlant que l'allemand et l'albanais », il ne ressort pas moins de ce document que le recourant a su expliquer, dès sa prise en charge aux urgences, que les douleurs ressenties depuis trois jours provenaient du membre inférieur droit, que celles-ci étaient présentes à la marche et au repos et s'étaient fortement accentuées trois heures avant la consultation au service des urgences. Ces éléments relativisent pour le moins la barrière linguistique invoquée, de sorte que la version selon laquelle ce seraient en définitive des douleurs localisées dans le bas du dos, ressenties à la suite d'une chute d'une échelle le 14 août 2020, et amplifiées l'après-midi du 16 août 2020 qui auraient en réalité (ou à tout le moins également) motivé l'admission au service des urgences trois heures plus tard, apparaît difficilement compréhensible, tout comme le fait que l'assuré n'aurait jamais été en mesure de s'expliquer, une fois pris en charge par le personnel hospitalier.

Dès lors, l'affirmation selon laquelle le recourant aurait tout de suite souffert de lombalgies à la suite de l'accident du 14 août 2020 n'est corroborée par aucun constat médical dans les quatre semaines qui ont suivi la survenance de l'événement invoqué, malgré un séjour hospitalier d'une durée de onze jours, au cours duquel le recourant a bénéficié de séances de physiothérapie de mobilisation qui se sont déroulées sans difficultés (cf. lettre de sortie du 1er septembre 2020, p. 2).

Pour le surplus, les allégations du recourant, recueillies lors de l'audience du 20 janvier 2022, selon lesquelles il aurait continué à souffrir du dos durant son séjour à l'hôpital, mais aurait mis ces douleurs « sur le compte de l'intervention », paraissent peu convaincantes, alors même que la lettre de sortie des HUG fait état d'une « évolution tout à fait favorable ».

Ainsi, force est de constater qu'entre l'événement allégué du 14 août 2020 et les premières constatations médicales pertinentes (contusion lombaire), lesquelles ont

également mis en lumière une pathologie dégénérative ancienne de la colonne lombaire, respectivement l'absence de lésion traumatique (cf. les appréciations des Drs J_____ et D_____), c'est une période d'un mois et un jour qui s'est écoulée.

C'est le lieu de rappeler que, selon l'expérience médicale, que le Tribunal fédéral fait sienne, certaines atteintes à la santé peuvent également survenir suite à une maladie, en particulier les modifications dégénératives préexistantes d'une partie du corps, dans le cadre d'un déroulement tout à fait normal d'événements qui ne répondent par conséquent pas aux critères d'un accident. Dans de tels cas, ces critères doivent être remplis de manière particulièrement claire, en ce sens que la cause directe de la lésion résulte de circonstances particulièrement évidentes (p. ex. glissade, choc ; cf. ci-dessus : consid. 5.1 et les références citées).

En l'espèce, on ne saurait considérer que l'événement qu'il y aurait lieu de retenir in fine, aux dires du recourant (chute d'une échelle d'une hauteur d'un mètre avec réception sur le dos), puisse être qualifié de particulièrement évident, vu les indices contraires suivants :

- le silence observé par l'intéressé sur ses lombalgies durant son séjour aux HUG du 16 au 27 août 2020, en dépit du déroulement de ce séjour détaillé plus haut ;
- la déclaration d'accident du 1er septembre 2020, faisant état d'une lésion à la jambe (et non de douleurs lombaires) à la suite de la chute d'une échelle ;
- le courriel du 27 novembre 2020 de l'assistante de direction de l'employeur, relatant l'entrevue du 1er septembre 2020 avec le recourant et l'absence de réponse de celui-ci aux questions « comment avez-vous perdu l'équilibre ? » et « pourquoi avez-vous perdu l'équilibre ? », pour des raisons autres que la barrière de la langue.

Dans ces circonstances, la version de l'événement dont le recourant soutient la véracité n'apparaît pas comme une première déclaration dont la communication aurait été retardée en raison de problèmes linguistiques et/ou d'une maladie intercurrente (troubles vasculaires à la jambe droite), mais plutôt comme le fruit de réflexions ultérieures que l'intéressé n'a fait connaître que le 15 septembre 2020, soit le jour où il a consulté la Dresse D_____ et évoqué une chute sur le dos pour la première fois (cf. le questionnaire pour l'éclaircissement des faits, complété par l'intéressé à cette date), qui plus est avec mention d'une heure (15h10) rectifiée par la suite (14h30) et omission de détails qui se sont ajoutés ultérieurement tout en variant au fil du temps (choc du dos contre une marche les 30 septembre 2020 et 8 janvier 2021 ; chute sur le côté droit et le dos le 20 janvier 2022).

7. Compte tenu de ce qui précède, la Cour de céans considère que la survenance d'un accident dont les suites devraient être prises en charge par l'intimée n'a pas été rendue vraisemblable par le recourant malgré les mesures d'instruction mises en

œuvre. Dans ces circonstances, le point de savoir s'il existe un lien de causalité entre les troubles diagnostiqués par le médecin du recourant et l'événement allégué est sans objet.

8. Il s'ensuit que le recours doit être rejeté.

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. f^{bis} LPGA a contrario).

*****

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. 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	La présidente
Christine RAVIER	Karine STECK

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