RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

**A/3215/2022** **ATAS/576/2023**

# COUR DE JUSTICE

## Chambre des assurances sociales

## Arrêt du 27 juillet 2023

**Chambre 6**

En la cause

**A_____ SA** recourante
représentée par Me Christian BRUCHEZ, avocat

contre

**VAUDOISE GENERALE, Compagnie d'Assurances SA** intimée
représentée par Me Radivoje STAMENKOVIC, avocat

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente ; Christine WEBER-FUX et Yda ARCE, Juges assesseurs**

## EN FAIT

**A.** **a.** A_____ SA (ci-après : l'employeur ou la recourante) exploite un restaurant.

**b.** Monsieur B_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1983, a travaillé en tant que cuisinier auprès de la recourante du 17 février 2020 au 28 février 2023.

**c.** A ce titre, il était assuré auprès de la VAUDOISE GENERALE COMPAGNIE D'ASSURANCES SA contre le risque d'accident, professionnel ou non (police n° 1_____ ; ci-après : l'assurance-accidents ou l'intimée). Il était également assuré auprès de cette même assurance dans le cadre d'un contrat d'assurance-maladie collective pour la perte de gain (police n° 2_____ ; ci-après : l'assurance perte de gain) et d'un contrat d'assurance collective accidents complémentaire (police n° 3_____ ; ci-après : l'assurance complémentaire).

**B.** **a.** En 1998, alors qu'il était âgé de 15 ans, l'assuré a été victime d'un accident de mobylette, ayant entraîné une lésion du plexus brachial.

**b.** Depuis lors, il présente un état séquellaire, qualifié tantôt de paralysie médio-cubitale, voire plexus (cf. échographie du 2 février 2021), tantôt de déficit sensitivo-moteur de la main gauche (cf. anamnèse dans le courrier du docteur C_____, spécialiste FMH en neurologie du 9 février 2021) ou encore de gêne fonctionnelle par lésion médio-cubitale entraînant une perte de l'opposition du pouce et une déformation en griffe des trois doigts ulnaires (cf. compte rendu opératoire du 8 mars 2021).

**c.** L'assuré a consulté le docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie de la main, en date du 1er février 2021, Celui-ci a alors prescrit une échographie, laquelle a été réalisée le 2 février 2021, et l'a adressé au Dr C_____, qui l'a examiné et a effectué une électroneuromyograpahie (ENMG) de l'avant-bras gauche en date du 9 février 2021.

**d.** L'assuré a été incapable de travailler, totalement ou partiellement, selon les périodes, à compter du 1er mars 2021.

**e.** Le 8 mars 2021, le Dr D_____, a procédé à une intervention chirurgicale sous la forme d'une réanimation du pouce par transfert de l'EIP sur l'APS, d'une correction de la griffe cubitale D3-D4 par ténodèse en lasso selon Zancolli et transfert de Srinivasan entre l'EDC III et IV et l'appareil extenseur digital et d'une correction de l'abduction du cinquième par translocation radiale de l'EDM.

**f.** Le 29 mars 2021, l'assuré a annoncé à son assurance perte de gain un cas de maladie, avec une incapacité de travail depuis le 1er mars 2021.

**g.** Dans son rapport initial du 3 mai 2021 (perte de gain maladie), le Dr D_____, qui avait opéré l'assuré le 8 mars 2021, a expliqué avoir vu l'assuré pour la première fois le 1er février 2021. Celui-ci avait été victime d'un accident de mobylette 24 ans auparavant, ayant entraîné une lésion du plexus et une paralysie

médio-cubitale. Les diagnostics étaient ceux de griffe cubitale et perte de l'effort du pouce pour lésion du plexus brachial gauche. L'incapacité de travail était due à une impotence fonctionnelle de la main gauche et à une algodystrophie post-opératoire. Il y avait une amélioration partielle de la griffe cubitale et de l'algodystrophie mais la raideur du pouce était sans changement.

**h.** Le 7 juin 2021 a eu lieu une rencontre entre l'assureur perte de gain et l'assuré, rencontre au cours de laquelle ce dernier a notamment expliqué avoir été victime d'une chute à moto à l'âge de 14 ans en France. A l'époque, il n'avait pas d'employeur et les soins avaient été pris en charge par sa mutuelle française. Le tendon du poignet gauche avait été touché mais il n'avait souffert d'aucune fracture et n'avait pas subi d'opération. Le 1er mars 2021, il avait été victime d'une chute à vélo alors qu'il se rendait à son travail pour vérifier les stocks. La roue de son vélo s'était prise dans les rails du tram et il avait chuté sur sa main gauche. Il avait immédiatement ressenti des douleurs très vives et il ne pouvait plus bouger ses doigts. A son arrivé au restaurant, son employeur avait appelé le Dr D_____, lequel l'avait examiné quatre jours plus tard. Il avait été opéré de la main le 8 mars 2021 et était depuis en incapacité de travail.

**i.** A une date inconnue mais postérieurement à la rencontre précitée du 7 juin 2023, l'assureur perte de gain a suggéré à l'assuré d'annoncer le cas à l'assurance-accidents au vu de la nature de l'évènement du 1er mars 2021, ce que l'employeur a fait le 3 août 2021.

**j.** Dans son rapport initial LAA du 8 décembre 2021, le Dr D_____ a, à nouveau, évoqué une paralysie médio-cubital gauche post lésion du plexus brachial. Le traitement avait consisté en des transferts tendineux et une incapacité de travail existait depuis le 8 mars 2021, à 100% du 8 mars au 31 août 2021, à 70% du 1er septembre au 8 décembre 2021 et à 50% depuis le 9 décembre 2021.

**k.** Le 10 mars 2022, l'assureur-accidents a informé l'assuré qu'il prendrait en charge un mois de salaire (échelle bernoise), sur la base du contrat d'assurance-accidents complémentaire et qu'il n'entendait pas entrer en matière pour les frais de traitement, ceux-ci étant consécutifs à l'accident de 1998 et ayant quoi qu'il en soit été entrepris avant l'accident du 1er mars 2021.

**l.** Le 8 avril 2022, l'employeur de l'assuré, qui a avancé le salaire, s'est opposé à la « décision » du 10 mars 2022, concluant à son annulation et à l'octroi des prestations demandées.

**m.** Le 11 avril 2022, l'assuré a également contesté la « décision » du 10 mars 2022.

**n.** Le dossier a été soumis au docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie, médecin-conseil de l'assureur-accidents. Dans un bref avis sur dossier daté du 21 avril 2022, le médecin précité a admis la qualification d'accident en ce qui concernait la chute du 1er mars 2021. Après avoir brièvement évoqué les pièces médicales au dossier, le Dr E_____ a retenu

le diagnostic de contusion de la main gauche, tout en évoquant une lésion étrangère à l'accident, à savoir une lésion plexuelle du membre supérieur gauche. Il a également considéré qu'il était exclu que les troubles actuels fussent en lien de causalité avec l'événement assuré, la lésion plexuelle étant antérieure à l'événement assuré. S'agissant de la contusion de la main gauche, le lien de causalité était admis jusqu'au 7 mars. En revanche, il n'y avait pas de tel lien avec la lésion plexuelle.

**o.** Par décision formelle du 1er juin 2022, l'assurance-accidents a admis la prise en charge de l'éventuel traitement médical en lien avec la contusion de la main gauche et de l'incapacité de travail attestée jusqu'au 7 mars 2021. Au-delà de cette date, seule l'atteinte existant de longue date et indépendante de l'accident du 1er mars 2021 justifiait le traitement médical et l'incapacité de travail. Une atteinte à la santé pour laquelle l'assurance n'entrait pas en matière était toutefois susceptible d'être considérée comme une maladie. C'est pourquoi, l'assurance-accidents suggérait à l'assuré de s'adresser à son assurance-maladie obligatoire des soins pour le remboursement des frais de traitement.

**p.** Suite à l'opposition de l'employeur de l'assuré, l'assurance-accidents a confirmé la décision précitée en date du 1er septembre 2022, considérant que selon le dossier médical, l'intervention du 8 mars 2021 n'était pas due à la chute du 1er mars 2021, de sorte que c'était à juste titre qu'elle avait refusé d'intervenir au-delà du 7 mars 2021.

**C.** **a.** Le 3 octobre 2022, sous la plume de son conseil, l'employeur a saisi la chambre de céans d'une demande en paiement dans laquelle il a conclu, sous suite de dépens, au paiement par l'assurance perte de gain d'un montant de CHF 47'383.70 avec intérêts à 5% dès le 23 octobre 2021, et dès le 4 octobre 2022, au paiement des indemnités journalières à concurrence de CHF 127.20 par jour, avec intérêts à 5%.

Le numéro de cause A/3218/2022 a été attribué à cette procédure.

**b.** Par arrêt du 27 juillet 2023, la chambre de céans a rejeté la demande, considérant que l'incapacité de travail de l'assuré n'était pas consécutive à une maladie, mais à un accident non assuré en Suisse.

**D.** **a.** Parallèlement, le 3 octobre 2022, toujours sous la plume de son Conseil, la recourante a interjeté recours contre la décision sur opposition du 1er septembre 2022, concluant, sous suite de dépens, préalablement à la production du dossier, à la comparution personnelle de l'assuré et à la réalisation d'une expertise médicale et, principalement, à l'annulation de la décision sur opposition querellée, à la constatation que l'événement du 1er mars 2021 devait être qualifié d'accident et, cela fait, à la condamnation de l'assurance au paiement des indemnités journalières à compter du 1er mars 2021, avec intérêts à 5% dès cette même date et, subsidiairement au renvoi de la cause à l'assurance pour nouvelle décision.

A l'appui de ses conclusions, la recourante a notamment considéré que l'événement du 1er mars 2021 devait être qualifié d'accident et que l'atteinte à la santé était en lien de causalité. Subsidiairement, quand bien même elle était liée à l'accident survenu en 1998, l'incapacité de travail devait être couverte par la LAA.

**c.** L'assurance a répondu en date du 1er novembre 2022 et a conclu au rejet du recours sous suite de frais et dépens. En substance, elle a considéré que l'instruction qu'elle avait menée n'avait pas permis d'établir que l'assuré avait subi une atteinte dommageable à sa santé physique le 1er mars 2021, critère essentiel pour retenir l'existence d'un accident. S'agissant du lien de causalité, l'intimée relevait que les propres médecins de l'assuré retenaient un lien de causalité entre son atteinte à la santé et l'accident survenu en 1998.

**d.** La recourante a persisté dans ses conclusions par courrier du 12 décembre 2022, relevant en substance qu'on ne pouvait se fier exclusivement aux mentions « maladie » ou « accident » cochées sur le certificat médical du 11 mars 2011 ou au fait qu'un accident antérieur était indiqué sur les rapports du médecin traitant, ces éléments ne permettant pas d'exclure un lien de causalité. Par ailleurs, le médecin traitant ne s'était pas prononcé sur cette question, de sorte qu'on ne pouvait se fonder sur ses différents rapports ou certificat pour écarter tout lien de causalité et refuser tout acte d'instruction. Quant au médecin-conseil de l'intimée, il avait admis la survenance d'un accident le 1er mars 2021 et reconnu un lien de causalité entre celui-ci et une contusion à la main gauche, ce jusqu'au 7 mars 2021 avant de nier, sans aucune explication, le lien de causalité entre l'accident et la lésion plexuelle. La recourante était dès lors d'avis, au vu de ce qui précède, que les pièces du dossier ne permettaient pas de retenir la suppression du lien de causalité ou de renoncer à toute instruction de la cause. Par ailleurs, dans la mesure où les parties avaient également conclu à une expertise dans la cause A/3218/2022, un expert commun pouvait être nommé pour ces deux procédures, afin d'éviter un résultat contradictoire. Enfin, la recourante persistait à solliciter l'audition du médecin traitant de l'assuré, le Dr D_____.

**e.** Dans sa duplique du 22 décembre 2022, l'intimée a rappelé que le dossier médical était clair et qu'il ne pouvait dès lors lui être reproché de ne pas avoir suffisamment instruit le dossier. Dans la mesure où le propre chirurgien de l'assuré attribuait l'ensemble du traitement médical et de l'incapacité de travail à une lésion due à un ancien accident, un rapport plus étayé du médecin-conseil n'était pas nécessaire, étant encore relevé qu'il n'y avait pas d'avis médicaux divergents. Au demeurant, le médecin traitant, qui avait été spécifiquement questionné sur l'événement du 1er mars 2021, avait considéré que celui-ci n'était pas à l'origine du traitement et de l'incapacité de travail de l'assuré. Enfin, l'intimée s'opposait à l'audition du médecin traitant et à la réalisation d'une expertise, étant précisé, s'agissant de cette dernière, qu'elle avait accepté une telle

mesure dans la procédure A/3218/2022 uniquement dans l'hypothèse où une couverture d'assurance-maladie perte de salaire était reconnue.

**f.** Par ordonnance du 20 mars 2023, la chambre de céans a imparti à HELSANA VERSICHERUNGEN AG, l'assurance-maladie obligatoire des soins de l'assuré, un délai au 29 mars 2023, pour produire les relevés des frais médicaux concernant les consultations au cabinet du Dr D_____ entre le 17 février 2020 et le 31 mars 2021, la demande de garantie relative à la prise en charge de l'intervention du 8 mars 2021 ainsi que tout autre document antérieur au 31 mars 2021, en lien avec le suivi par le Dr D_____ et/ou à l'intervention chirurgicale du 8 mars 2021.

**g.** Le même jour, la chambre de céans a invité l'assuré à se prononcer sur les écritures des parties, d'ici au 11 avril 2023.

**h.** Toujours le 20 mars 2021, la chambre de céans a, enfin, sollicité des informations complémentaires du Dr D_____, avec un délai au 19 avril 2023.

**i.** Le 3 avril 2023 s'est tenue une audience de comparution personnelle, au cours de laquelle les parties ont pu s'exprimer.

**j.** Par courrier du 5 avril 2023, l'assureur-maladie a transmis à la chambre de céans les documents demandés, tout en précisant qu'aucune demande de garantie concernant l'intervention du 8 mars 2021 ne figurait au dossier, dès lors qu'il s'agissait d'une opération effectuée en ambulatoire.

**k.** Quant au Dr D_____, il a répondu aux questions de la chambre de céans par courrier du 19 avril 2023, expliquant en substance avoir vu l'assuré pour la première fois le 1er février 2021 en raison d'une paralysie partielle de la main droite (recte gauche) consécutive à une lésion du plexus brachial, suite à un accident de mobylette survenu de nombreuses années auparavant en France. L'intervention chirurgicale avait été décidée le 22 février 2021 en raison de la paralysie médio-cubitale susmentionnée et l'incapacité de travail dès mars 2021 en était la conséquence.

**l.** Le courrier de l'assureur-maladie et celui du Dr D_____ ont été soumis aux parties, lesquelles ont pu produire leurs déterminations.

**m.** Par courrier du 5 mai 2023, la recourante a demandé à ce que des questions complémentaires soient posées au Dr D_____, dès lors que ce dernier ne se prononçait pas sur l'accident de vélo du 1er mars 2021 et un éventuel lien de causalité, au moins partiel, avec l'incapacité de travail subséquente.

**n.** Pour sa part, l'intimée a considéré que le rapport du Dr D_____ confirmait intégralement son appréciation, à savoir que la lésion du plexus brachial devait être mise sur le compte de l'accident survenu en France, de nombreuses années auparavant. C'était donc à juste titre qu'elle avait refusé la couverture accident. En ce qui concernait l'annonce consécutive à l'accident de vélo du 1er mars 2021, force était de constater qu'aucun des documents produits par le Dr D_____ ou l'assurance-maladie ne faisait état d'un sinistre à cette date. Les explications de

l'assuré, lors de l'audience de comparution personnelle, étaient floues, de sorte que la survenance d'un accident le 1er mars 2021 ne pouvait être retenue. En tout état, un tel accident n'était pas à l'origine de l'intervention du 8 mars 2021 et de ses suites. Enfin, les réponses du Dr D_____ étaient précises et ne laissaient aucune place au doute quant à l'origine de l'atteinte, de sorte que la mise en œuvre d'une expertise était superflue.

**o.** Sur ce, la cause a été gardée à juger.

## EN DROIT

**1.**

**1.1** Selon l'art. 58 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1), le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (al. 1). Si l'assuré ou une autre partie sont domiciliés à l'étranger, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de leur dernier domicile en Suisse ou celui du canton de domicile de leur dernier employeur suisse (al. 2).

Au jour du dépôt du recours, l'assuré était domicilié en France. Cependant, dans la mesure où le siège de son dernier employeur – la recourante – était sis à Genève, les tribunaux genevois sont compétents.

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

Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA.

Interjeté postérieurement au 1er janvier 2021, le recours est soumis au nouveau droit (cf. art. 82a LPGA *a contrario*).

**3.** La modification du 25 septembre 2015 de la LAA est entrée en vigueur le 1er janvier 2017.

Dans la mesure où l'accident invoqué est survenu après cette date, le droit de l'assuré aux prestations d'assurance est soumis au nouveau droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2017.

**4.**

**4.1** L'art. 59 LPGA prévoit que quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir.

**4.2** Selon la jurisprudence fédérale rendue en matière d'assurance-accidents, l'employeur qui a payé les primes d'assurance et avancé le salaire d'un employé en cas d'accident est touché par une décision contestant à celui-ci la qualité d'assuré ou niant l'existence d'un événement accidentel; il a par conséquent un intérêt digne de protection à la voir annulée (ATF 131 V 298 consid. 5.2 et les références). Notre Haute cour a précisé que le droit de recours que la jurisprudence a reconnu à l'employeur dans le domaine de l'assurance-accidents est étroitement lié, d'une part, au contrat de travail, spécialement aux obligations découlant des art. 324a et 324b CO, et, d'autre part, à l'indemnité journalière de l'assurance-accidents. En cas de refus de l'assureur-accidents de prendre en charge le cas, la jurisprudence a donc admis jusqu'à présent que l'employeur peut avoir un intérêt direct pour former opposition afin que l'assuré obtienne une indemnité journalière qui a pour vocation de se substituer au salaire qu'il serait tenu de verser ou d'avancer (ATF 131 V 298 consid. 5.3.1 et 5.3.2).

**4.3** En l'espèce, la recourante a avancé le salaire à l'assuré, ce qui n'est pas contesté par l'intimée, de sorte que, conformément à la jurisprudence fédérale en la matière, il dispose de la qualité pour recourir.

**5.** Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la de loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

**6.** Le litige porte sur le bien-fondé du refus de l'intimée de prester au-delà du 7 mars 2021, singulièrement sur le lien de causalité entre l'intervention du 8 mars 2021 et ses suites, notamment en termes d'incapacité de travail, et l'événement assuré, soit la chute à vélo du 1er mars 2021, subsidiairement sur la prise en charge d'éventuelles suites de l'accident de 1998.

**7.**

**7.1** Aux termes de l'art. 6 al. 1 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 responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

**7.2** L'exigence afférente au rapport de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement dommageable de caractère 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 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).

**7.3** 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1; ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références).

**8.**

**8.1** 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).

**8.2** 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. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que

les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b).

**8.3** 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).

**8.3.1** 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; ATF 142 V 58 consid. 5.1 et les références; ATF 139 V 225 consid. 5.2 et les références; ATF 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).

**8.3.2** 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).

**8.3.3** 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. 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 52; ATF 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).

**9.**

**9.1** A teneur de l'art. 77 LAA, en cas d'accident professionnel, il incombe à l'assureur auprès duquel le travailleur était assuré au moment où est survenu l'accident d'allouer les prestations. En cas de maladie professionnelle, l'assureur auprès duquel le travailleur était assuré au moment où sa santé a été mise en danger la dernière fois par des substances nocives ou certains travaux ou par l'exercice d'une activité professionnelle doit allouer les prestations (al. 1). En cas d'accident non professionnel, il incombe à l'assureur auprès duquel la victime de l'accident était aussi assurée en dernier lieu contre les accidents professionnels, d'allouer les prestations (al. 2).

Par ailleurs, selon l'art. 112 al. 1 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202), pour les accidents antérieurs au changement d'assureur, l'assureur compétent jusque-là le reste.

Le Tribunal fédéral des assurances a interprété littéralement l'art. 77 al. 1 et 2 LAA, en jugeant qu'en cas de changement d'assureur après la survenance de l'accident, l'assureur auprès duquel la victime était assurée au moment de l'événement dommageable restait tenu d'allouer ses prestations, même en cas de rechute (ATF 116 V 51 ; Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents (LAA), 1992, p. 227 ; FRESARD/ MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, in SBVR, Soziale Sicherheit, 2016, n° 710).

**9.2** L'art. 77 al. 3 LAA délègue au Conseil fédéral la compétence d'édicter des prescriptions sur l'obligation d'allouer des prestations et sur la collaboration des assureurs dans divers cas spéciaux, en particulier pour les assurés qui travaillent pour plusieurs employeurs (let. a), lorsqu'un nouvel accident se produit, notamment en cas de perte d'un organe pair ou d'autres modifications du degré d'invalidité (let. b), en cas de décès des deux parents (let. c) ou encore lorsque la cause d'une maladie professionnelle s'est manifestée dans plusieurs entreprises relevant de divers assureurs (let. d).

Sur la base de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 100 OLAA, intitulé « allocation des prestations en cas de pluralité d'accidents » qui prévoit différentes situations, lesquelles peuvent être résumées de la manière suivante (MOSIMANN, in Bundesgessetz über die Unfallversicherung . Kommentar zum schweizerischen Sozialversicherungsrecht, 2018, n°8 ad Art. 77) :

| Alinéa | Situation | Obligation de prester |
|---|---|---|
| 1 | Droit à des indemnités journalières en raison d'un précédent accident assuré | Premier assureur :<br>Soins médicaux, remboursement des frais selon les art. 10 à 13 LAA, et indemnités journalières pour le nouvel accident. |
| 2 | Traitement médical pour un précédent accident assuré sans droit à des indemnités journalières pour cet accident | Deuxième assureur :<br>Egalement les soins médicaux et le remboursement des frais selon les art. 10 à 13 LAA pour les accidents précédents.<br>L'allocation de prestations par l'assureur du nouvel accident prend fin lorsque le nouvel accident n'est plus la cause de l'atteinte à la santé qui subsiste. |
| 3 | Rechute ou séquelles tardives du fait d'une pluralité d'accidents assurés. | Assureur tenu de verser les prestations pour le dernier accident :<br>Egalement les soins médicaux et le remboursement des frais selon les art. 10 à 13 LAA, ainsi que les indemnités journalières. |
| 5 | Nouvelle prétention à une rente, à une indemnité pour atteinte à l'intégrité ou à une allocation pour impotent pour les suites d'une pluralité d'accidents | Assureur tenu de verser les prestations pour le dernier accident |
| 6 | Rente d'invalidité ou d'une allocation pour impotent pour un accident précédent : nouvel accident modifiant la rente d'invalidité ou le degré d'impotence | Deuxième assureur :<br>rente d'invalidité ou allocation pour impotent dans son intégralité. |

**10.**

**10.1** 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 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 et les références; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 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).

**10.2** 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 contradictoires 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, déjà cité, consid. 4.3).

**10.3** En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (*statu quo ante* ou *statu quo sine*) sur le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références), étant précisé que le fardeau de la preuve de la disparition du lien de causalité appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (ATF 146 V 51 précité consid. 5.1 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C_606/2021 du 5 juillet 2022 consid. 3.2). 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; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références).

**11.**

**11.1** En l'espèce, l'assuré, depuis toujours domicilié en France, a subi un accident de mobylette, en 1998, alors qu'il était encore adolescent. Les suites avaient alors été prises en charge par les assurances françaises (cf. procès-verbal de comparution personnelle des parties du 3 avril 2023 p. 1).

Malgré son atteinte à la main, l'assuré a pu se former en tant que cuisinier et a été engagé, en tant que tel, dans plusieurs restaurants genevois. Il a ainsi travaillé

auprès de la recourante du 17 février 2020 au 28 février 2023 (cf. procès-verbal de comparution personnelle des parties du 3 avril 2023 p. 2).

Selon les déclarations de l'assuré, il aurait chuté à vélo le 1er mars 2021 et se serait rattrapé sur la main gauche. Suite à cette chute, il aurait ressenti d'intenses douleurs, lesquelles l'auraient empêché d'utiliser la main blessée (cf. compte rendu de la réunion du 7 juin 2021 et procès-verbal de comparution personnelle des parties du 3 avril 2023 p. 1). Une incapacité de travail a d'ailleurs été certifiée par le Dr D_____.

Le 8 mars 2021, l'assuré a été opéré, ce qui a eu pour conséquence une incapacité de travail de plusieurs mois.

Pour la recourante, l'intervention du 8 mars 2021 est en partie liée à la chute du 1er mars 2021, de sorte qu'il appartient à l'intimée de prester.

De son côté, l'intimée considère, en se fondant sur une brève appréciation de son médecin-conseil et sur les réponses du Dr D_____ du 19 avril 2023 notamment, que l'intervention était liée à l'accident de mobylette, survenu en 1998, accident qu'elle n'avait pas couvert et dont elle n'avait pas à prendre en charge les suites.

La question qui se pose, en premier lieu, est celle de savoir si l'intervention du 8 mars 2021 et ses suites sont en lien de causalité avec l'accident de mobylette de 1998, l'éventuel accident du 1er mars 2021, voire avec les deux événements.

**11.2** Du dossier médical, il ressort tout d'abord que l'accident de 1998 a entraîné une lésion du plexus brachial, avec pour séquelles une gêne fonctionnelle, avec perte de l'opposition du pouce et déformation en griffe des trois doigts ulnaires (cf. courrier du Dr C_____, spécialiste FMH en neurologie, du 9 février 2021 et protocole opératoire du 8 mars 2021).

En raison de cette atteinte, l'assuré a consulté, sur suggestion de son employeur, le Dr D_____ le 1er février 2021 (cf. courrier du Dr D_____ du 19 avril 2023 et procès-verbal de comparution personnelle des parties du 3 avril 2023, p. 2 et 3). A la demande de ce praticien, une échographie de l'avant-bras gauche a été effectuée le 2 février 2021, à la recherche de contracture active des muscles de l'avant-bras (cf. compte rendu de l'échographie du 2 février 2021) et l'assuré a consulté le Dr C_____, lequel a effectué une ENMG en date du 9 février 2021 (rapport de ce médecin du même jour).

Le 22 février 2021, il a été décidé de procéder à l'intervention chirurgicale du 8 mars 2021 (cf. courrier du Dr D_____ du 19 avril 2023).

A ce stade, il sied de relever que l'intervention a été décidée le 22 février 2021, soit avant la chute du 1er mars 2021, et qu'elle n'a pas été motivée par une quelconque atteinte due à cette chute.

La chambre de céans a, à cet égard, interrogé le Dr D_____ sur l'atteinte ayant motivé l'intervention chirurgicale du 8 mars 2021 et ce dernier a répondu de

manière claire qu'elle avait été décidée en raison de la « paralysie médio-cubitale consécutive à la lésion du plexus brachial subie il y a environ 14 ans » (recte 25 ans). Il a également ajouté que l'incapacité de travail dès mars 2021 était en lien avec l'intervention précitée et ce depuis le 8 mars 2021 (cf. courrier du Dr D_____ du 19 avril 2023).

A aucun moment, il n'a été question d'une éventuelle atteinte survenue le 1er mars 2021. Au demeurant, entre le 1er mars, date de la chute, et le 8 mars 2021, date de l'intervention chirurgicale, l'assuré n'a consulté aucun médecin comme cela ressort du courrier du Dr D_____ du 19 avril 2023 et de la liste des frais médicaux pris en charge par l'assureur-maladie (cf. courrier du 5 avril 2023).

Au vu de ce qui précède, force est de retenir qu'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'intervention chirurgicale et l'incapacité de travail qui s'en est suivie ne sont pas en lien de causalité avec un accident survenu le 1er mars 2021 mais bien avec l'accident de mobylette survenu en 1998, alors que l'assuré, encore adolescent, était domicilié en France.

A cet égard, par appréciation anticipée des preuves, la Cour de céans renoncera à ordonner une expertise médicale. En effet, le fait que le Dr D_____ soit resté silencieux sur les conséquences de cette chute à vélo du 1er mars 2021 ne signifie pas encore que son courrier était lacunaire. En réalité, il ressort des pièces du dossier que l'intervention litigieuse a été décidée en raison de l'atteinte au plexus brachial, consécutive à l'accident de mobylette en 1998, ce qui a été confirmé à plusieurs reprises par le médecin qui a suivi l'assuré (cf. protocole opératoire du 8 mars 2021, absence de référence à une éventuelle chute dans les rapports initiaux établis par le Dr D_____ en date des 3 mai 2021 (LCA) et 8 décembre 2021 (LAA), courrier de ce dernier du 19 avril 2023).

**11.3** L'intervention étant en lien avec l'atteinte causée par l'accident de 1998, survenu alors que l'assuré, encore mineur, était domicilié en France, la question de l'assureur compétent se pose. En effet, les suites de l'accident en question avaient été prises en charge par la MACIF et l'assurance de l'école (cf. procès-verbal de comparution personnelle des parties du 3 avril 2023, p. 2), toutes deux étant des assurances françaises.

Dans la mesure où, au moment de l'éventuelle chute à vélo le 1er mars 2021, l'assuré était en traitement pour les suites de l'accident de mobylette de 1998, sans toutefois percevoir des indemnités journalières, se pose la question de l'application du deuxième alinéa de l'art. 100 al. 2 OLAA, alinéa qui prévoit que si un assuré est victime d'un accident alors qu'il est en traitement selon l'art. 10 de la loi pour un accident assuré précédent sans avoir droit à des indemnités journalières pour cet accident, l'assureur tenu de lui verser les prestations pour le nouvel accident prend également en charge les soins médicaux et le remboursement des frais selon les art. 10 à 13 LAA pour les accidents précédents.

L'allocation de prestations par l'assureur du nouvel accident prend fin lorsque le nouvel accident n'est plus la cause de l'atteinte à la santé qui subsiste.

Force est toutefois de constater que le traitement dès le 1er février 2021 l'était pour un accident non assuré en Suisse. En effet, lors de l'accident de mobylette, en 1998, l'assuré n'était pas assuré par une assurance en Suisse. Par conséquent, en l'absence d'accident assuré au sens de la LAA, l'art. 100 al. 2 OLAA n'est pas applicable.

Ainsi, étant donné que l'accident de 1998 est antérieur au début de la couverture d'assurance en Suisse, et a fortiori de la couverture par l'intimée, il n'incombe pas à cette dernière d'allouer des prestations à l'assuré (art. 77 al. 2 LAA et 112 al. 1 OLAA ; voir également ATAS/511/2012 du 17 avril 2012 consid. 8a).

En tout état, même si l'on devait considérer que l'art. 100 al. 2 OLAA visait également les accidents non assurés en Suisse, force est de constater que l'assuré n'a consulté aucun médecin suite à l'événement du 1er mars 2021. L'appréciation du Dr E_____ a ainsi été faite sur la base des simples déclarations de l'assuré. Or, aucun élément médical ne remet en question son appréciation, de sorte qu'il doit être considéré que la chute du 1er mars 2021 a tout au plus entraîné une contusion, qui a été incapacitante jusqu'au 7 mars 2021 seulement. Ainsi, même dans un tel cas, les effets délétères de la chute avaient pris fin lorsque l'intervention litigieuse a eu lieu.

Ainsi, dans tous les cas, c'est à juste titre que la défenderesse a refusé de prester au-delà du 7 mars 2021.

**12.** Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté.

La recourante, qui succombe, ne peut prétendre à une indemnité à titre de dépens (art. 61 let. g LPGA *a contrario*).

Par ailleurs, les assureurs sociaux qui obtiennent gain de cause devant une juridiction de première instance n'ont en principe pas droit à une indemnité de dépens (ATF 126 V 149 consid. 4).

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. fbis 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 |
|---|---|
| Adriana MALANGA | Valérie MONTANI |

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