

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/326/2024

ATAS/391/2024

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 30 mai 2024

Chambre 5

En la cause

A_____

recourant

représenté par Me Martin AHLSTROM, avocat

contre

**SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN
CAS D'ACCIDENTS**

intimée

**Siégeant : Philippe KNUPFER, président ; Pierre-Bernard PETITAT et Monique
STOLLER FÜLLEMANN, juges assesseurs.**

EN FAIT

- A.** **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en _____ 1985, de nationalité kosovare, était employé en qualité de plâtrier à 100%, par l'entreprise B_____ SA lorsqu'il a été victime d'une chute, depuis le toit d'une maison où il travaillait, traversant les échafaudages et chutant d'une hauteur d'environ 3 m, en date du 23 septembre 2019.
- b.** Par courrier du 9 octobre 2023, l'assureur-accidents de son employeur, la SUVA Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA ou l'intimée) a confirmé la prise en charge des prestations d'assurance pour les suites de l'accident.
- c.** Le jour même de l'accident, l'assuré s'est présenté au service des urgences du centre hospitalier universitaire vaudois ; les médecins ont constaté une tuméfaction des poignets droit et gauche, une contusion du coccyx et une dermabrasion de la cheville. Selon les informations fournies par l'assuré, ce dernier s'était d'abord reçu sur les pieds, puis sur les fesses et les mains. Il avait pu se relever pour monter dans la camionnette et ressentait une mobilité des poignets et du dos très douloureuses.
- d.** En date du 10 novembre 2019, le docteur C_____, spécialiste FMH en médecine générale, a rédigé un rapport médical intermédiaire dans lequel il a diagnostiqué : status post fracture de l'os capital atome droit ; status post entorse du poignet gauche ; lombo-cruro-sciatalgie droite post-contusion dorso-lombaire.
- e.** Le docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie de la main au centre médico-chirurgical (Genève) (ci-après : CMC SA), a rendu un rapport médical intermédiaire daté du 15 décembre 2021 dans lequel il a diagnostiqué : une entorse grave des deux poignets, avec prédominance à droite opérée aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), avec un résultat très long à s'installer et des séquelles algiques sur la branche sensitive du nerf radial. S'agissant de l'évolution : actuellement douleurs de la face antérieure du poignet droit et surtout perte de force du poignet qui rend impossible l'activité professionnelle de maçon. Instabilité à gauche non opérée et il existe encore des douleurs à la mobilisation du poignet et une diminution de la force musculaire. Pronostic : réservé avec un potentiel d'amélioration du côté droit. Du côté gauche, en l'absence d'intervention, le pronostic est réservé pour l'instant. Traitement : injection de PRP et infiltration du poignet droit, physiothérapie du côté gauche. L'assuré devrait normalement opérer du côté gauche aussi. Reprise du travail : 0%. Le patient indique une faiblesse musculaire et des douleurs à l'effort.
- f.** L'assuré a été convoqué par la SUVA, afin de se présenter pour un examen, devant le médecin-conseil, la docteure E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et en traumatologie de l'appareil locomoteur. L'assuré ne s'est pas présenté à la convocation et le médecin-conseil a rendu un rapport médical daté du

29 août 2023 établi sur la base des pièces médicales du dossier. Les conclusions du médecin-conseil étaient les suivantes : 1) concernant le dos et le coccyx, l'imagerie ne faisait pas apparaître d'anomalie osseuse récente, ni de séquelles du traumatisme, mais des états dégénératifs multiples qui avaient une causalité naturelle « au plus possible » ; il était retenu comme diagnostic post-traumatique une contusion du coccyx, qui devait avoir guéri dans les trois mois post-traumatiques au maximum. 2) concernant le poignet gauche, il était conclu à une décompensation aiguë provisoire d'un état préexistant, pour une durée de six mois, compte tenu de l'absence de lésion osseuse ligamentaire aiguë objective. 3) s'agissant du poignet droit, la causalité était certaine en ce qui concernait les lésions ligamentaires et les fractures ainsi que les complications sur le nerf radial et le tunnel carpien. 4) pour les atteintes neurologiques, il existait un état préexistant pour le poignet gauche et les lombo-cruro-sciatalgies droites étaient, selon le neurologue, purement algiques et non déficitaires.

B. a. Par décision du 4 septembre 2023, la SUVA a rappelé que l'assuré n'avait pas donné suite à sa convocation pour un examen médical avec le médecin d'arrondissement, en date du 28 août 2023. Selon l'appréciation du service médical, les troubles du dos et de la colonne cervicale n'étaient pas en relation de causalité avec l'événement du 23 septembre 2019. En ce qui concernait les troubles du coccyx, ceux-ci pouvaient être considérés comme guéris à trois mois de l'événement. S'agissant du poignet gauche, les troubles persistants actuellement n'étaient plus en lien avec l'accident et l'état de santé tel qu'il aurait été sans cet accident pouvait être considéré comme atteint, à six mois de l'événement. Compte tenu de ces éléments, la SUVA avait décidé de mettre fin aux prestations au 4 septembre 2023 au soir, pour les seules suites des troubles cités *supra*. Il était précisé que la SUVA continuait, cependant, à prendre en charge les frais médicaux ainsi que l'incapacité de travail pour les seules suites des troubles du poignet droit.

b. Par courrier de son mandataire, daté du 4 octobre 2023, l'assuré a fait opposition à la décision du 4 septembre 2023 et a demandé à ce que la SUVA continue à verser les prestations d'assurance perçues jusqu'ici, soit les indemnités journalières et les frais de traitement. Par courrier du 1^{er} novembre 2023, l'assuré a communiqué à la SUVA plusieurs pièces médicales datées, notamment, du mois d'octobre 2023, en alléguant que ces nouveaux rapports médicaux confirmaient les troubles du dos, de la colonne cervicale, du coccyx et les troubles persistants au poignet gauche.

c. Par décision sur opposition du 14 décembre 2023, la SUVA a rejeté l'opposition, retiré l'effet suspensif à un éventuel recours contre cette décision et confirmé, en substance, la précédente décision du 4 septembre 2023. En dépit des nouvelles pièces produites par l'assuré, la SUVA considérait que cela ne changeait rien à l'appréciation médicale du médecin d'assurance, selon le rapport médical du 29 août 2023, qui présentait une pleine valeur probante. Il n'y avait

aucun indice permettant de contester le bien-fondé des conclusions du médecin-conseil et ces dernières devaient être suivies.

- C.**
- a.** Par acte de son mandataire déposé au greffe de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans), en date du 30 janvier 2024, l'assuré a interjeté recours contre la décision sur opposition du 14 décembre 2023, concluant à son annulation et au rétablissement complet des prestations de la SUVA, depuis le 4 septembre 2023, toutes sous suite de frais et dépens. Le recourant reprenait, en substance, les arguments déjà développés au stade de l'opposition et niait toute valeur probante au rapport médical établi par le médecin d'arrondissement de l'intimée. Il était reproché à cette dernière de n'avoir jamais examiné l'assuré et d'avoir pris ses conclusions uniquement sur la base du dossier, sans tenir compte des plaintes et des douleurs exprimées par le recourant. De surcroît, les conclusions du médecin-conseil étaient contredites par celles des médecins traitants de l'assuré, qui avait droit aux prestations d'assurance pour les troubles dont il souffrait aux deux poignets, au dos, à la colonne vertébrale ainsi qu'au coccyx.
 - b.** Par réponse du 7 février 2024, la SUVA a conclu au rejet du recours en se fondant sur les conclusions prises par son médecin-conseil, relevant au passage que les rapports médicaux produits par le recourant à l'appui de ses écritures ne contredisaient en rien l'appréciation du médecin-conseil.
 - c.** Le mandataire du recourant a répliqué, par écriture du 4 mars 2024, confirmant ses conclusions et son argumentation.
 - d.** Par duplique du 20 mars 2024, la SUVA a informé la chambre de céans qu'elle avait requis une appréciation complémentaire de son médecin d'assurance, qu'elle avait consciencieusement relevé les nombreuses atteintes dégénératives de l'assuré au niveau de son dos et de sa colonne cervicale, à savoir : une sclérose des facettes articulaires post D12-L1 ; une herniation intra spongieuse du plateau inférieur D11 ; un discret débord discal L2-L3 sans hernie ; une arthrose inter apophysaire postérieure ; des lésions dégénératives dans les articulations sacro-iliaques ; une protrusion discale sans hernie appuyant sur le fourreau discal en L5-S1 ; une dessiccation discale débutante non conflictuelle en C2-C3, en C3-C4 et en C6-C7. Était annexée à la prise de position de la SUVA une appréciation brève de la médecin-conseil, datée du 19 mars 2024, complétant de manière détaillée ses précédentes appréciations et les confirmant.
 - e.** Les documents de la SUVA ont été transmis au mandataire du recourant, qui n'a pas réagi.
 - f.** Sur ce, la cause a été gardée à juger, ce dont les parties ont été informées.
 - g.** Les autres faits et documents seront mentionnés, en tant que de besoin, dans la partie « en droit » du présent arrêt.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

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

2. 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.

Le 1^{er} janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Dans la mesure où le recours a été interjeté postérieurement au 1^{er} janvier 2021, il est soumis au nouveau droit (*cf.* art. 82a LPGA *a contrario*).

3. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais pendant la période du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c LPGA et art. 89C let. c de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]), le recours est recevable.
4. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de la SUVA de mettre fin à ses prestations au 4 septembre 2023, pour les troubles de la santé autres que ceux concernant le poignet droit du recourant.
5. 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. 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 ; ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1).

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 et, enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur ; il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident (ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1 et les références).

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).

6. 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).

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.

Selon la jurisprudence, l'utilisation par un médecin du terme « post-traumatique » ne suffit pas, à elle seule, à reconnaître un lien de causalité entre un accident et des troubles. En effet, on peut entendre par une affection « post-traumatique » des troubles qui ne sont pas causés par l'accident mais qui ne sont apparus qu'après l'accident (arrêt du Tribunal fédéral 8C_493/2023 du 6 février 2024 consid. 4.2 et la référence).

7. Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prester de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b ; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (*statu quo ante* ou *statu quo sine*) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b ; 125 V 195 consid. 2 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).

En cas de lombalgies et lombosciatalgies, la jurisprudence admet qu'un accident a pu décompenser des troubles dégénératifs préexistants au niveau de la colonne lombaire, auparavant asymptomatiques. En l'absence d'une fracture ou d'une autre lésion structurelle d'origine accidentelle, elle considère toutefois que selon l'expérience médicale, le *statu quo sine* est atteint, au degré de la vraisemblance prépondérante, en règle générale après six à neuf mois, au plus tard après une année. Il n'en va différemment que si l'accident a entraîné une péjoration déterminante, laquelle doit être établie par des moyens radiologiques et se distinguer d'une évolution ordinaire liée à l'âge (arrêts du Tribunal fédéral 8C_315/2023 du 9 janvier 2014 consid. 6.1 et les références ; 8C_50/2023 du 14 septembre 2023 consid. 7.1 et les références).

Selon l'expérience médicale, pratiquement toutes les hernies discales s'insèrent dans un contexte d'altération des disques intervertébraux d'origine dégénérative, un événement accidentel n'apparaissant qu'exceptionnellement, et pour autant que certaines conditions particulières soient réalisées, comme la cause proprement dite d'une telle atteinte. Une hernie discale peut être considérée comme étant due principalement à un accident, lorsque celui-ci revêt une importance particulière, qu'il est de nature à entraîner une lésion du disque intervertébral et que les symptômes de la hernie discale (syndrome vertébral ou radiculaire) apparaissent immédiatement, entraînant aussitôt une incapacité de travail (arrêt du Tribunal fédéral 8C_256/2023 du 25 janvier 2024 consid. 3 et les références). Dans de telles circonstances, l'assureur-accidents doit, selon la jurisprudence, allouer ses prestations également en cas de rechutes et pour des opérations éventuelles. Si la hernie discale est seulement déclenchée, mais pas provoquée par l'accident, l'assurance-accidents prend en charge le syndrome douloureux lié à l'événement accidentel. En revanche, les conséquences de rechutes éventuelles doivent être prises en charge seulement s'il existe des symptômes évidents attestant d'une relation de continuité entre l'événement accidentel et les rechutes (voir notamment RAMA 2000 n° U 378 p. 190 consid. 3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_560/2017 du 3 mai 2018 consid. 6.1).

La preuve médicale de la causalité naturelle dans le cas d'une hernie discale, décompensée par l'accident assuré, est remplacée par la présomption jurisprudentielle – qui se fonde sur la littérature médicale – selon laquelle une aggravation traumatique d'un état dégénératif préexistant de la colonne vertébrale cliniquement asymptomatique doit être considérée comme étant terminée, en règle générale, après six à neuf mois, au plus tard après un an (arrêts du Tribunal fédéral 8C_412/2008 du 3 novembre 2008 consid. 5.1.2 et 8C_467/2007 du 25 octobre 2007 consid. 3.1 ; voir également arrêt du Tribunal fédéral U 354/04 du 11 avril 2005 consid. 2.2 avec références). S'il s'agit d'un accident sans lésions structurelles au squelette, il y a lieu de considérer que la chronicisation des plaintes doit être attribuée à d'autres facteurs (étrangers à l'accident). Des plaintes de longue durée consécutives à une simple contusion doivent en effet souvent être imputées à un

trouble de l'adaptation ou de graves perturbations psychiques (arrêt du Tribunal fédéral U 354/04 du 11 avril 2005 consid. 2.2 ; voir également arrêt du Tribunal fédéral U 60/02 du 18 septembre 2002).

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. 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 ; 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).

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).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4).

Selon une jurisprudence constante, les médecins d'arrondissement ainsi que les spécialistes du centre de compétence de la médecine des assurances de la CNA sont considérés, de par leur fonction et leur position professionnelle, comme étant des spécialistes en matière de traumatologie, indépendamment de leur spécialisation médicale (arrêt du Tribunal fédéral 8C_626/2021 du 19 janvier 2022 consid. 4.3.1 et les références).

8.4 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).

8.5 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 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.** 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.

10.1 À titre préalable, il sera mentionné que la chambre de céans n'a pas retranscrit dans son état de fait l'ensemble des consultations et rapports médicaux, mais que l'intégralité de ces derniers a été prise en compte.

10.2 En l'espèce, le recourant allègue que les troubles de la santé dont il souffre au poignet gauche, au poignet droit, au coccyx, dans la région lombaire et dans la région cervicale sont toujours en lien de causalité avec l'événement du 23 septembre 2019 et que l'intimée doit continuer à prester, pour lesdits troubles, au-delà de la date qu'elle a arrêtée, soit le 4 septembre 2023. Le recourant conteste la valeur probante des appréciations médicales du médecin-conseil de l'intimée et y oppose les appréciations de ses médecins traitants.

L'intimée, de son côté, en se fondant sur le temps écoulé depuis l'événement et sur les appréciations de son médecin-conseil, considère que seuls les troubles au poignet droit doivent encore faire l'objet de prestations mais que les autres troubles allégués par le recourant ne sont pas, ou plus, en rapport de causalité avec l'événement du 23 septembre 2019, raison pour laquelle c'est à juste titre qu'elle a fixé la date du 4 septembre 2023 pour mettre fin à ses prestations.

10.3 La Dre E_____, médecin-conseil de l'intimée, s'est prononcée dans son rapport médical du 29 août 2023, en prenant en compte l'intégralité des rapports médicaux figurant au dossier, dont notamment tous les rapports médicaux, antérieurs au 29 août 2023, produits par le recourant dans ses écritures de recours et de réplique. Elle a posé les diagnostics et s'est livrée à une longue appréciation des pièces, détaillée et motivée, avant de rendre ses conclusions. Le rapport ne contient pas de contradictions internes, ni de lacune et présente une pleine valeur probante. Étant encore précisé que le médecin-conseil est une spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et que selon une jurisprudence constante, les médecins d'arrondissement ainsi que les spécialistes du centre de compétence de la médecine des assurances de la CNA sont considérés, de par leur fonction et leur position professionnelle, comme étant des spécialistes en matière de traumatologie, indépendamment de leur spécialisation médicale (arrêt du Tribunal fédéral 8C_626/2021 du 19 janvier 2022 consid. 4.3.1 et les références).

Il sied de préciser que le recourant conteste la valeur probante du rapport du médecin-conseil, en se fondant, en partie, sur le fait qu'il n'a pas été examiné par ce dernier. Or, il convient de rappeler que l'assuré avait été dûment convoqué et qu'il ne s'est pas présenté à l'examen du 28 août 2023 à 10h, sans s'excuser et sans donner suite aux diverses tentatives téléphoniques, pour l'atteindre, le jour même. Une telle attitude pourrait être considérée comme un refus de collaboration, grief qui n'a pas été retenu par l'autorité intimée. Néanmoins, la contestation du bien-fondé de l'appréciation du médecin-conseil en raison d'une absence imputable au recourant est particulièrement déplacée. Ce d'autant plus que, selon une jurisprudence bien établie et rappelée *supra* sous consid. 8.4, lorsqu'il s'agit de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que les rapports médicaux contiennent suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues, les appréciations médicales effectuées uniquement sur la base d'un dossier peuvent se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

Partant, ce grief doit être écarté.

10.4 En ce qui concerne les pièces médicales produites par le recourant et qui sont postérieures à la date du rapport du 28 août 2023, il convient d'examiner si elles sont de nature à remettre en question, de manière objective, les appréciations du médecin-conseil ou si elles font apparaître des contradictions ou des lacunes dans ledit rapport médical.

Le certificat médical du 30 octobre 2023, établi par le docteur F_____, médecin praticien du CMC SA, confirme « les troubles du dos, de la colonne cervicale, troubles du coccyx et troubles persistants aux deux poignets ». Toutefois, le médecin en question, qui n'est pas un spécialiste en chirurgie orthopédique ou en

traumatologie de l'appareil locomoteur, se contente d'une déclaration générale, sans mentionner si ces troubles sont encore en relation de causalité avec l'événement du 23 septembre 2019 et, le cas échéant, sans décrire des éléments objectifs permettant d'établir cette relation de causalité.

En annexe à son certificat médical du 30 octobre 2023, le Dr F_____ joint plusieurs comptes rendus de scanners effectués par le docteur G_____, spécialiste FMH en radiologie, soit notamment :

- un scanner du rachis lombo-sacré et du poignet droit du 10 octobre 2023. L'examen du poignet droit n'amène pas de commentaire dès lors que l'intimée continue à prestre pour cette atteinte qui n'entre pas dans l'objet du litige (*cf. consid. 4 supra*). S'agissant du CT-scanner du rachis, le radiologue conclut à une protrusion discale en L4- L5 appuyant sur la partie antérieure du fourreau dural en contact discret avec les racines L5 ; protrusions discales moins accusées en L5-S1, sans conflit radiculaire ; arthrose interapophysaire postérieure à l'étage inférieur ; pas de tassement vertébral.

Or, selon l'appréciation du médecin-conseil du 19 mars 2024 (p. 3), concernant le scanner du 10 octobre 2023, il s'agit de plusieurs niveaux d'états dégénératifs, soit une sclérose, des éléments d'arthrose, un processus dégénératif du disque dans l'os vertébral, une arthrose interne apophysaire postérieure, ainsi que des lésions dégénératives dans les articulations sacro-iliaques.

- un scanner de la colonne cervicale du 12 octobre 2023. Le radiologue conclut à une CT cervicale ne révélant pas de hernie discale et une arthrose des facettes articulaires postérieurement C5-C6 mais ne provoquant pas de rétrécissement canalaire.

L'absence de hernie discale est constatée, ainsi que la présence d'une arthrose qui est de nature dégénérative, ce qui a été déjà confirmé par le médecin-conseil dans son rapport du 28 août 2023 (p. 13), à savoir que les différentes imageries n'ont pas permis de mettre en évidence de séquelles du traumatisme mais des états dégénératifs multiples, de même que pour les cervicalgies survenues beaucoup plus tardivement et qui ont une causalité naturelle « au plus possible ».

- un scanner du poignet gauche du 12 octobre 2023. Le radiologue conclut qu'il n'existe pas de lésion de la première et deuxième rangée des os du carpe mais qu'il y a un aspect dystrophique de la structure osseuse. Pas d'érosion osseuse et pas de trajet fracturaire objectivable.

Ces conclusions du radiologue n'entrent pas en contradiction avec les appréciations du médecin-conseil qui, dans son rapport du 28 août 2023 (p. 13), a déjà mentionné qu'aucune fracture n'a été diagnostiquée et que le diagnostic retenu était une entorse du poignet ; le médecin-conseil conclut à une décompensation aiguë provisoire d'un état préexistant pour une durée de six mois, compte tenu de l'absence de lésion osseuse ligamentaire aiguë objectivée. Dès lors que le scanner

du 12 octobre 2023 ne révèle ni lésion osseuse, ni lésion ligamentaire aiguë objectivée, il n'amène aucun élément nouveau.

Les scanners des chevilles droite et gauche datés du 17 octobre 2023 ne seront pas commentés dès lors qu'ils sont exorbitants à l'objet du litige. S'agissant des autres pièces médicales et notamment les rapports d'imagerie joints à la communication du 1^{er} novembre 2023, ils ont déjà été examinés et commentés par le médecin-conseil dans son rapport du 28 août 2023.

10.5 Au niveau de la réplique, le recourant allègue encore « qu'aucun élément du dossier ne permet de retenir qu'il souffrirait d'états dégénératifs multiples au niveau du dos et de la colonne cervicale, le recourant n'étant âgé que de 38 ans et en bonne santé » (réplique du 8 février 2024 p. 4).

Or, selon l'appréciation médicale du médecin-conseil, qui a réagi à ces allégations dans son rapport complémentaire du 19 mars 2024 joint à la duplique de l'intimée du 20 mars 2024, il existe de nombreuses atteintes dégénératives de l'assuré au niveau de son dos et de sa colonne cervicale qui sont énumérées dans la partie en fait sous consid. C. d.

Étant précisé que « l'absence d'états dégénératifs multiples » dans le dossier n'est qu'une allégation du recourant, qui n'est pas supportée par une pièce médicale. Il ne s'agit donc pas d'un avis d'expert, comme c'est le cas pour le médecin-conseil de l'intimée, mais une simple conjecture d'une personne non spécialisée en matière médicale.

Enfin, il sera rappelé qu'en l'absence d'une fracture ou d'une autre lésion structurelle d'origine accidentelle, la jurisprudence considère toutefois que selon l'expérience médicale, le *statu quo sine* est atteint, au degré de la vraisemblance prépondérante, en règle générale après six à neuf mois, au plus tard après une année (arrêts du Tribunal fédéral 8C_315/2023 du 9 janvier 2014 consid. 6.1 et les références ; 8C_50/2023 du 14 septembre 2023 consid. 7.1 et les références).

- 11.** Compte tenu de ce qui précède, la décision de la SUVA selon laquelle l'accident du 23 septembre 2019 a cessé de déployer ses effets délétères au niveau du dos de l'assuré, de sa colonne cervicale, de son coccyx ainsi que de son poignet gauche au 4 septembre 2023 est bien fondée et la chambre de céans n'a d'autre choix que de rejeter le recours.
- 12.** 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

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