

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 1^{er} mai 2025

Composition : Mme PASCHE, présidente
M. Gutmann et Mme Peris, assesseurs
Greffier : M. Varidel

Cause pendante entre :

W. _____, à [...] ([...]), recourant,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à
Lucerne, intimée.

Art. 61 let. c LPGA ; 6 al. 1 et 36 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. W._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], travaillait à 100 % en qualité de poseur de résine pour le compte d'[...] SA, dont le siège est à [...], et était détaché auprès de l'entreprise [...] SA, à [...], depuis le 27 juin 2023. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non-professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 29 août 2023, alors qu'il déchargeait sa moto de son bus à son domicile, celle-ci a basculé sur le côté et a écrasé son poignet droit (cf. déclaration de sinistre du 5 septembre 2023). A compter du jour de l'accident, le Dr Z._____, médecin traitant en [...], a régulièrement établi des certificats d'incapacité de travail.

La CNA a pris le cas en charge (cf. courrier de la CNA du 11 septembre 2023).

Dans un rapport médical initial LAA du 14 novembre 2023, le Dr Z._____ a indiqué que l'assuré souffrait de douleurs au poignet droit et présentait des difficultés de mouvement. Il estimait que l'incapacité de travail durerait probablement jusqu'au 17 décembre 2023.

Selon des rapports de radiographie et de scanner du poignet droit du 8 décembre 2023 des Drs K._____ et H._____, radiologues en [...], les imageries avaient montré un diastasis scapholunaire significatif compliqué d'une instabilité du carpe avec subluxation du lunatum dans le plan sagittal, un pincement de l'interligne articulaire radiocarpien à prédominance radio scaphoïdien d'allure dégénérative, ainsi qu'une légère arthropathie dégénérative radio ulnaire distale sur ulna légèrement court. Le scanner avait en particulier permis la confirmation de l'aspect très remanié du scaphoïde dont les contours étaient irréguliers et présentaient vraisemblablement une inclusion mucoïde de son pôle palmaire, ce qui était compatible avec une lésion osseuse traumatique ancienne et permettait d'écarter une lésion osseuse traumatique récente. La présence

d'une ossification assez volumineuse de l'interligne radioscapoïdien, corticalisée, de 8mm de grand axe, ainsi que d'ossifications multiples de la face dorsale du carpe supracentimétrique, étaient également d'allure séquellaire, étant par ailleurs précisé que ces anomalies figuraient déjà sur une radiographie réalisée le 3 octobre 2022, dont la relecture avait permis de confirmer l'allure ancienne des lésions articulaires du poignet et de l'os scaphoïdien droit.

Dans un courrier du 12 juin 2024, la CNA a fait savoir à l'assuré qu'elle allouait des prestations aussi longtemps que persistaient des séquelles de l'accident, en précisant notamment que des causes malades ou des suites d'accidents antérieurs pouvaient être responsables de la persistance des troubles, ce qui rendait par ailleurs nécessaire de procéder à des éclaircissements médicaux, à la suite de quoi l'assureur-accidents informerait l'assuré en cas de suspension des prestations. Était joint à cet envoi un document intitulé « FAQ [foire aux questions] sur la suspension éventuelle de prestations ».

Le cas de l'assuré a été soumis au médecin-conseil de la CNA. Dans un rapport d'appréciation brève du 18 juin 2024, le Dr B._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a répondu par l'affirmative à la question de savoir si la santé de l'assuré au niveau de la région corporelle affectée par l'accident était, au degré de la vraisemblance prépondérante, déjà altérée avant l'accident, à savoir, en l'occurrence, par des remaniements dégénératifs radio-carpien et radio-ulnaire distale, ainsi qu'un diastasis scapho-lunaire. Il a souligné que, selon le rapport de scanner du 8 décembre 2023, il n'y avait pas d'argument pour une lésion osseuse traumatique ou ligamentaire récente. Pour le spécialiste, il s'agissait d'une aggravation aiguë transitoire d'un état dégénératif évolué et l'évènement accidentel avait cessé de déployer ses effets à trois mois.

Selon une note d'entretien téléphonique du 20 juin 2024, l'assuré a informé la CNA qu'il avait consulté un rhumatologue et devait consulter un chirurgien le 24 juin suivant. Par courriel du même jour, il a

transmis un rapport du 13 juin 2024 de la Dre R._____, rhumatologue en [...], selon lequel les douleurs de l'assuré, qui évoluaient depuis environ deux ans, étaient radiocarpiennes sur le bord radial du poignet droit, avec tuméfaction localisée sur la face dorsale et sur le bord radial du poignet droit, dont la flexion palmaire était quasi nulle et la flexion dorsale limitée à 10°. La spécialiste relevait par ailleurs que les lésions documentées en scanner faisaient état d'une arthrose radiocarpienne avec ossification secondaire volumineuse. Le patient, qui avait déjà bénéficié d'une infiltration qu'il ne souhaitait pas renouveler, était adressé à son médecin traitant pour avis sur une éventuelle prise en charge chirurgicale.

Aux termes d'une note d'entretien téléphonique du 1^{er} juillet 2024, la CNA a fait savoir à l'assuré qu'elle mettrait fin à ses prestations avec effet à ce même jour au soir. A cette occasion, l'assuré a exprimé son désaccord.

Par décision du 1^{er} juillet 2024, la CNA a mis fin aux prestations d'assurance avec effet au même jour au soir, en se référant à l'appréciation de son service médical selon lequel les troubles persistants au poignet droit n'avaient plus aucun lien avec l'accident du 29 août 2023. La CNA a rappelé par ailleurs, que lorsqu'un accident aggravait ou provoquait la manifestation d'un état préexistant lui étant étranger, l'assurance-accidents n'était plus obligée de prester dès que l'accident ne constituait plus la cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé, à savoir lorsque cette atteinte reposait exclusivement sur des causes étrangères à l'accident.

Le 2 août 2024, l'assuré a formé opposition contre cette décision. Il a fait valoir que l'état de son poignet n'était pas dû à une atteinte dégénérative, mais bien aux suites de l'accident. Il demandait en outre la mise en œuvre d'une expertise, estimant que la brève appréciation du médecin de l'assurance ne permettait pas de conclure que les atteintes persistant trois mois après l'accident étaient dues à une évolution normale de la pathologie préexistante. Il a en outre fait grief à la

CNA de lui avoir signifié sans préavis la fin de la prise en charge de l'accident avec effet au jour même.

Par décision sur opposition du 14 août 2024, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé sa décision du 1^{er} juillet 2024, relevant en substance que les éléments invoqués par l'assuré ne permettaient pas de mettre en doute l'analyse du médecin de l'assurance.

B. Par acte du 13 septembre 2024, W._____ a interjeté recours contre la décision sur opposition précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant implicitement à son annulation et à la poursuite du versement des prestations de la CNA pour les suites de son accident du 29 août 2023. Il a en outre reproché à la CNA un manque de transparence et de communication, reprenant à cet égard l'argument invoqué dans son opposition. Avec son recours, l'intéressé a produit un rapport du 25 juin 2024 du Dr F._____, chirurgien orthopédiste en [...], dont il se prévaut. Dans son rapport, ce médecin évoquait des douleurs en lien avec une arthrose évoluant sur un mode invalidant depuis une année. Selon lui, les rapports d'imagerie confirmaient une arthrose radio-scaphoïdienne sur un scaphoïde modifié et « probablement post-traumatique » associé à une arthrose intra-carpienne entre le semi-lunaire et le grand-os. Il a en outre exposé avoir expliqué à l'assuré les solutions chirurgicales envisageables, en particulier sa recommandation consistant en une résection du scaphoïde et arthrodèse partielle des os restants du poignet, étant précisé que la consultation d'autres spécialistes en Suisse, en vue d'obtenir un second avis, était encouragée.

Dans sa réponse du 30 octobre 2024, la CNA a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée. Elle a en outre produit un rapport d'appréciation brève du 17 octobre 2024 du Dr B._____ dans lequel il a considéré que le rapport du Dr F._____ n'était pas de nature à modifier ses conclusions du 18 juin 2024. Il a maintenu que le bilan radiologique du poignet droit du 8 décembre 2023 montrait clairement une arthrose du carpe probablement secondaire à un ancien traumatisme

évoluée avec déformation osseuse, un pincement de l'interligne articulaire et la présence d'ostéophytes. Il n'y avait par ailleurs pas d'argument en faveur d'une lésion osseuse traumatique ou ligamentaire récente, ce qui confirmait son analyse selon laquelle il s'agissait d'une aggravation aiguë transitoire d'un état dégénératif évolué. Il a en outre confirmé qu'il convenait de reconnaître que l'événement accidentel avait fini de déployer ses effets délétères trois mois après sa survenance.

En réplique, le 29 novembre 2024, le recourant a requis la mise en œuvre d'une expertise médicale afin d'éclaircir la situation et de « déterminer la vraisemblance prépondérante des suites séquellaires de [l']accident ».

Dans sa duplique du 23 janvier 2025, l'intimée a considéré qu'il n'y avait pas de raison d'accéder à la requête du recourant tendant à la mise en œuvre d'une expertise, dans la mesure où celui-ci n'avait pas exposé en quoi l'instruction médicale aurait été insuffisante. Elle a au surplus maintenu sa position.

Dans de nouvelles déterminations du 14 février 2025, le recourant a réitéré ses précédents arguments ainsi que la nécessité d'une expertise. Il a par ailleurs proposé la production du témoignage d'un ancien collègue de travail afin d'appuyer sa position.

Par écriture du 21 février 2025, le recourant a requis que l'opportunité d'une « rente pour atteinte à l'intégrité » ainsi que d'un « dédommagement pour préjudice moral » soit étudiée. Il a en outre demandé que son recours soit traité dans les plus brefs délais.

Le 20 mars 2025, le recourant a produit un témoignage écrit, daté du même jour, d'un ancien collègue de travail auprès de [...] SA, selon lequel ce dernier avait pu constater à plusieurs reprises, en particulier lors de travaux réalisés entre le 9 mai et le 22 juin 2023, puis du 27 juin au 31 août 2023, que l'intéressé avait eu des problèmes aux

poignets, dont notamment des gonflements, et avait dû être changé de poste de travail pour ce motif.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]), compte tenu du domicile dans le canton de Vaud de son employeur (art. 58 al. 2 LPGA), et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé. Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 144 II 359 consid. 4.3; 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1).

b) En l'occurrence, dans sa décision sur opposition du 14 août 2024, l'intimée a confirmé la fin du versement en faveur du recourant de

ses prestations en date du 1^{er} juillet 2024 pour les suites de l'événement survenu le 29 août 2023.

La présente procédure n'est pas le lieu pour examiner le droit du recourant à une indemnité pour atteinte à l'intégrité, respectivement une rente de l'assurance-accidents, ou des prétentions en réparation d'un éventuel préjudice moral (cf. déterminations du 21 février 2025). De telles conclusions vont au-delà de l'objet de la contestation tel que défini par la décision sur opposition attaquée, et sont donc irrecevables.

Cela étant précisé, le litige porte en l'espèce sur le droit du recourant aux prestations de l'assurance-accidents des suites de l'événement du 29 août 2023 pour la période postérieure au 1^{er} juillet 2024.

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Selon l'art. 4 LPGA, est réputé accident 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.

b) aa) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière sans l'événement accidentel. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de la personne assurée, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 ; 142 V 435 consid. 1 et les références).

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 le droit des assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références). Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1).

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement *post hoc ergo propter hoc* ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_140/2021 du 3 août 2021 consid. 3.5). 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 (TF 8C_117/2020 du 4 décembre 2020 consid. 3.1).

bb) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 et les références). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 140 V 356 consid. 3.2 et la référence ; TF 8C_404/2020 du 11 juin 2021 consid. 6.2.1).

cc) En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Cependant, lorsqu'un état

maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas ou 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 même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). A l'inverse, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références ; TF 8C_733/2020 du 28 octobre 2021 consid. 3.3).

4. a) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

b) Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise externe, 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 du médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires. 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 LPG (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.4 ; TF 8C_673/2020 du 25 juin 2021 consid. 3.5).

c) Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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 ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées).

5. a) En l'espèce, le recourant fait grief à l'intimée d'avoir mis un terme à la prise en charge des suites de l'accident du 29 août 2023 au 1^{er} juillet 2024, au motif que ses troubles au poignet droit n'étaient, au-delà de cette date, plus en lien de causalité naturelle avec cet évènement.

La CNA s'est fondée sur l'appréciation du 18 juin 2024 du Dr B._____ pour nier le droit du recourant aux prestations postérieurement au 1^{er} juillet 2024.

Le recourant conteste cette appréciation, en se prévalant pour l'essentiel des rapports de ses médecins.

b) Dans son rapport du 18 juin 2024, le Dr B._____ a considéré, en s'appuyant sur les rapports de radiographie et scanner du 8 décembre 2023, que l'assuré présentait des remaniements dégénératifs radio-carpien et radio-ulnaire distale, ainsi qu'un diastasis scapho-lunaire et qu'il n'y avait pas d'argument pour une lésion osseuse traumatique ou ligamentaire récente. L'accident du 29 août 2023 n'avait pas occasionné de lésion structurelle mais avait entraîné une aggravation aiguë transitoire d'un état dégénératif évolué et avait, d'après l'expérience médicale, cessé de déployer ses effets délétères à trois mois.

La Dre R._____, dans son rapport du 13 juin 2024, ne fait état que d'arthrose radiocarpienne avec ossification secondaire volumineuse. Elle note par ailleurs que les douleurs radiocarpiales sur le bord radial du poignet droit, évoluaient depuis environ deux ans. Cette médecin ne se prononce aucunement sur la question de la nature dégénérative ou traumatique des atteintes qu'elle constate, pas plus que sur celle du lien de causalité avec l'accident du 29 août 2023. Ce rapport ne permet pas d'invalider les conclusions du médecin-conseil de la CNA. Il en va de même des certificats d'incapacité de travail établis par le Dr Z._____, qui ne sont pas motivés.

Avec son recours, le recourant a produit un rapport du 25 juin 2024 du Dr F. _____ dans lequel celui-ci fait état de douleurs en lien avec une arthrose radio-scaphoïdienne sur un scaphoïde modifié et « probablement post-traumatique » associé à une arthrose intra-carpienne entre le semi-lunaire et le grand-os. Or la seule mention du terme « post-traumatique » ne suffit pas à établir un lien entre un événement accidentel et une atteinte. L'utilisation de ce terme dans le langage médical n'est en effet pas forcément synonyme d'une atteinte en rapport de causalité avec un traumatisme. Cette expression est aussi souvent utilisée pour décrire une chronologie d'événements, c'est-à-dire qu'une atteinte est constatée après un traumatisme. Dans ce contexte, il convient d'examiner dans chaque cas d'espèce le sens à donner au terme « post-traumatique » (TF 8C_108/2020 du 22 décembre 2020 consid. 4.4.5 ; 8C_650/2019 du 7 septembre 2020 consid. 4.3.3 et les références citées). En l'occurrence, le Dr F. _____ ne précise pas s'il fait état, par cette formulation, d'un rapport de causalité avec l'accident du 29 août 2023 ou s'il indique simplement que les atteintes constatées sont apparues postérieurement à cet événement. Quoi qu'il en soit, il ne motive pas les raisons pour lesquelles il constaterait un éventuel rapport de causalité. Dès lors, le rapport de ce médecin ne permet pas de retenir l'existence d'un lien de causalité entre les troubles persistants du recourant et l'évènement du 29 août 2023 et ne contient aucun autre élément qui permettrait de mettre en doute les conclusions du Dr B. _____, lequel s'est, au demeurant, prononcé à nouveau après avoir pris connaissance de l'avis du Dr F. _____ et a confirmé ses conclusions. Ainsi, en l'absence de lésion osseuse traumatique ou ligamentaire récente visible à l'imagerie du 8 décembre 2023, il y a lieu de retenir que le terme « post-traumatique » utilisé par ce médecin doit être interprété au sens temporel et non causal.

Quant au raisonnement du recourant, en tant qu'il soutient que son état ne peut pas être lié à des atteintes préexistantes dans la mesure où il n'a pas récupéré les facultés qu'il avait avant l'accident, il ne saurait être suivi. En effet, le seul critère que des douleurs sont apparues à la suite de l'évènement accidentel constitue un raisonnement de type « *post hoc ergo propter hoc* » dont la jurisprudence a souligné, de longue

date, qu'il ne permettait pas à lui seul de tirer de conclusions sur l'origine accidentelle d'une telle atteinte à la santé (cf. consid. 3b/aa *supra*). Au surplus, on peut encore relever à ce propos que la Dre R._____ a fait état, en date du 13 juin 2024, de douleurs évoluant depuis environ deux ans, c'est-à-dire antérieures à l'accident d'environ une année. En outre, le témoignage produit par le recourant le 20 mars 2025 mentionne lui aussi des douleurs au poignet droit intervenues avant la date de l'accident.

Il y a dès lors lieu de constater que les éléments dont se prévaut le recourant ne sont pas de nature à mettre en doute les conclusions du Dr B._____, qui doivent être confirmées.

c) Il découle de ce qui précède que l'intimée était fondée à mettre un terme au 1^{er} juillet 2024 à ses prestations des suites de l'événement du 29 août 2023.

6. Le recourant se plaint encore du fait que l'intimée ne l'aurait pas informé par téléphone de la fin de la prise en charge des prestations lorsqu'il a contacté le centre de compétences de la CNA le 26 juin 2024. Or lors d'un échange téléphonique du 1^{er} juillet 2024, l'intéressé a été renseigné à ce sujet. Au demeurant, celui-ci avait été rendu attentif par courrier du 12 juin 2024 et « FAQ sur la suspension éventuelle de prestations » jointes, que les prestations risquaient d'être suspendues. On ne saurait dès lors faire grief à la CNA de ne pas lui avoir fait savoir, le 26 juin 2024, qu'il serait mis un terme aux prestations au 1^{er} juillet 2024.

7. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est alors superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

En l'occurrence, quoiqu'en dise le recourant, le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer par appréciation anticipée des preuves. La réquisition du recourant tendant à la mise en œuvre d'une expertise doit dès lors être rejetée.

8. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté dans la mesure de sa recevabilité et la décision attaquée confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. fbis LPGA), ni d'allouer de dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I. Le recours est rejeté dans la mesure de sa recevabilité.
- II. La décision sur opposition rendue le 14 août 2024 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- W. _____,
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :