

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1871/2023

ATAS/317/2024

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 7 mai 2024

Chambre 15

En la cause

A _____

recourant

contre

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

intimée

Siégeant : Marine WYSSENBACH, Présidente; Saskia BERENS TOGNI et Pierre-Bernard PETITAT, Juges assesseurs

EN FAIT

A. a. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1987, a été engagé en tant qu'ouvrier de la construction par la société de conseils et recrutement B_____ SA, par contrat de mission du 3 juin 2022. Sa première et unique mission pour l'entreprise C_____ SA à D_____ a débuté le 7 juin et a pris fin le 22 juin 2022.

b. Il était alors assuré auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA ou l'intimée) contre le risque d'accident, professionnel ou non.

B. a. Le 15 juin 2022, l'assuré a été victime d'un accident sur le chantier où il travaillait à E_____. Alors qu'il était debout sur un chevalet et qu'il tentait de retirer la pointe de son marteau-piqueur bloquée entre du béton et de la ferraille, l'assuré a perdu l'équilibre et a chuté d'environ 1m50, à plat sur le dos. Il s'est plaint d'une douleur rachidienne diffuse, surtout haute (thoracique), du genou droit et du poignet droit.

b. À la suite de cette chute, l'assuré s'est rendu au Groupement Hospitalier de l'Ouest Lémanique (GHOL) à F_____ où il s'est soumis à des radiographies de la « colonne lombaire (face profil), dorsale (face profil), du poignet (face profil) et du genou (face profil axiale) » et des scanners du genou droit et de la colonne cervicale. Ces examens n'ont pas montré de fracture dorso-lombaire, mais un bon alignement du mur antérieur et postérieur, ni de fracture ou de luxation du genou droit. L'examen de ce genou a cependant mis en évidence une arthrose fémoro-tibiale interne et externe, des rapports articulaires préservés et un léger épanchement suprapatellaire. Le poignet droit ne présentait pas de fracture radio-cubitale distale, du carpe ou des métacarpes, récente. L'examen révélait un status post ostéosynthèse d'une pseudarthrose avec probable ostéonécrose d'une ancienne fracture scaphoïdienne (rapport de la docteure G_____, médecin-chef du service de radiologie). Le scanner de la colonne cervicale n'a mis en évidence aucune lésion osseuse traumatique à l'étage cervico dorsal. Le scanner du genou droit a révélé une gonarthrose modérée, sans lésion osseuse traumatique visualisée.

Les médecins du GHOL ont ainsi posé les diagnostics de contusion rachidienne diffuse, d'entorse du poignet droit sans critère de gravité et de contusion latérale du genou droit. Le traitement proposé était le port d'une attèle « genutrain » et d'une attelle plâtrée pour le poignet droit durant trois semaines. Le traitement devait être terminé sous trois semaines. L'incapacité de travail était totale du 15 au 30 juin 2022.

c. La CNA a pris en charge les suites de cet accident.

d. Lors d'un entretien téléphonique avec la CNA, le 20 octobre 2022, l'assuré a expliqué avoir porté un plâtre durant un mois et, ensuite, une attelle à la main. Quelques années auparavant, à une date dont il ne se souvenait plus, il avait été opéré de la main.

e. Un examen du poignet par scanner, le 21 novembre 2022, a révélé une image évocatrice d'une broche d'ostéosynthèse du scaphoïde avec des stigmates de fracture du tiers supérieur du corps du scaphoïde, sans signe de consolidation osseuse, une discrète ostéocondensation du pôle supérieur du scaphoïde, mais pas de lésion fracturaire récente scanographiquement décelable des autres os du carpe ou de l'extrémité distale.

f. Le 23 novembre 2022, le docteur H_____, consulté par l'assuré à I_____, a confirmé que son patient présentait une fracture du scaphoïde droit, non consolidée jusqu'alors.

g. La CNA a soumis le dossier à son médecin d'arrondissement, le docteur J_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie, lequel a évoqué, dans une note du 4 janvier 2023, un état préexistant au niveau de la colonne cervicale, avec une arthrose C3-C4-C5, et au niveau du poignet droit, une fracture ostéosynthésée et en pseudarthrose, avec ostéonécrose du scaphoïde visible le jour de l'événement sur la radiographie. L'accident n'avait causé aucune lésion structurelle. Le status avait été atteint le 15 décembre 2022, « si l'on considère la colonne cervicale et globalement de l'ensemble du rachis comme l'élément de cessation des effets les plus tardifs englobant la contusion du genou celle du poignet dont on rappelle le status pathologique préalable clair ».

h. Le 3 février 2023, le Dr J_____ a encore précisé, à la demande de la CNA, que « sur toutes ces atteintes l'événement [avait] cessé ses effets en causalité naturelle en vraisemblance prépondérante ».

i. Par décision du 17 février 2023, la CNA a mis un terme à ses prestations avec effet au 24 février 2023, considérant que l'état de santé de l'assuré, tel qu'il aurait été sans l'accident du 15 juin 2022, pouvait être considéré comme atteint depuis le 15 décembre 2022 au plus tard.

j. L'assureur-maladie de l'assuré a formé opposition le 23 février 2023 avant de la retirer le 28 février 2023, après examen du dossier.

k. Par courrier non daté mais reçu le 21 mars 2023 par la CNA, l'assuré s'est opposé à la décision précitée, produisant, en annexe, le compte-rendu de l'examen du poignet (scanner réalisé le 21 novembre 2022) et une attestation d'un médecin remplaçant son médecin traitant, du 2 mars 2023, dont il ressort qu'en raison de ses douleurs au poignet et au genou droits, l'assuré devait rester à son domicile.

l. Le dossier a, une nouvelle fois, été soumis au Dr J_____, lequel s'est prononcé dans une appréciation datée du 18 avril 2023. Après avoir examiné les rapports d'imagerie des 15 juin et 21 novembre 2022, le médecin retenait les diagnostics

de contusion du genou et de la colonne thoracique et cervicale avec, au niveau du genou, des éléments de début de gonarthrose modérée avec pincement des interlignes articulaires, en particulier latéral et des ostéophytes marginaux et, au niveau de la colonne cervicale, une cervico-discarthrose pluri-étagée. Par ailleurs, l'espace entre les deux pièces du scaphoïde n'était pas né d'une fracture récente ou d'une re-fracture sur un scaphoïde déjà ostéosynthésé. Il s'agissait d'un traumatisme traité antérieurement sur lequel le scaphoïde était en pseudarthrose et probablement en status d'ostéonécrose. La chute du 15 juin 2022 avait entraîné une contusion vertébrale simple, une contusion du genou simple et une contusion du poignet sur des antécédents très significatifs, avec une pseudarthrose traitée antérieurement et en échec avec une tendance à l'ostéonécrose du scaphoïde. Les troubles du genou et du poignet avaient cessé leurs effets, en causalité naturelle et vraisemblance prépondérante, à deux mois après l'évènement et ceux à la colonne cervicale, soit de simples contusions, avaient cessé de déployer leurs effets au 15 décembre 2022.

m. Par décision sur opposition du 19 avril 2023, la CNA a confirmé sa décision du 17 février 2023, en se référant aux différentes appréciations de son médecin d'arrondissement.

C. a. Le 15 mai 2023, l'assuré a indiqué à la CNA recourir contre sa décision, en expliquant que bien qu'il ait été opéré en 2016, à la suite d'une facture, il n'avait aucune douleur ni séquelle avérées avant l'accident du 15 juin 2022. La douleur au poignet droit avait tendance à s'aggraver et un kyste était même apparu depuis quelques temps. S'y ajoutaient en outre des douleurs au dos et au genou droit. En annexe figuraient plusieurs certificats d'arrêt de travail ainsi qu'un bref rapport du docteur K_____, médecin à Vénissieux daté du 15 mai 2023, dont il ressort que l'assuré « [avait] toujours très mal (...) et il ne lui [était] pas possible de reprendre le travail ».

b. La CNA a transmis à la chambre de céans le courrier du 15 mai 2023 comme objet de sa compétence, laquelle a enregistré le recours de l'assuré.

c. La CNA a répondu au recours, en date du 23 juin 2023, en concluant au rejet de celui-ci et à la confirmation de sa décision sur opposition. Elle a relevé que le fait que des symptômes douloureux se soient manifestés après la survenance d'un accident ne suffisait pas à établir la causalité au degré de la vraisemblance prépondérante. Le Dr J_____ avait pu consulter l'imagerie réalisée par le biais d'une plateforme dédiée (PACS) et avait notamment déduit des images en question que l'accident avait tout au plus occasionné des contusions au genou droit et au dos, lesquelles avaient cessé de produire leurs effets délétères. Au niveau du poignet, il avait constaté la présence d'atteintes anciennes ostéosynthésées. Cette appréciation n'était pas contredite par les pièces du dossier et notamment par les rapports des radiologues consultés, lesquelles avaient relevé l'absence de lésions dites « traumatiques », mais constaté la présence de lésions de type arthrosique. Les rapports des médecins traitants allaient dans le même

sens. La plupart avaient attesté d'une incapacité de travail, non contestée, sans évoquer un quelconque lien avec l'accident du 15 juin 2022. Quant à l'avis du Dr K_____, il n'était pas motivé et s'apparentait plus à un certificat médical dans lequel ce médecin se limitait à dire que l'incapacité de travail était postérieure à l'accident, ce qui n'attestait pas d'une causalité avec celui-ci.

d. Le recourant a produit sa réplique le 13 juillet 2023, reprenant ses précédentes explications tout en les précisant.

e. Quant à l'intimée, elle a renoncé, par courrier du 8 août 2023, à déposer formellement une duplique et a renvoyé la chambre de céans à sa réponse du 19 avril 2023 et à la décision sur opposition contestée.

f. Par observations spontanées des 18 août et 3 novembre 2023, le recourant s'est déclaré surpris de la position du médecin de l'intimée, lequel aurait conclu, sans même l'examiner, qu'il était « consolidé » de la chute du 15 juin 2022 et qu'il serait apte à reprendre son activité professionnelle. Il a également rappelé que pour les médecins consultés, il n'y avait pas de consolidation, mais une asymétrie du poignet, laquelle pouvait justifier les douleurs persistantes. Des compléments d'examen étaient préconisés, mais il n'était pas en mesure de les effectuer en l'absence de revenus. Pour le surplus, le recourant a détaillé le déroulement de l'accident et ses suites.

g. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1.

1.1

1.1.1 À teneur de l'art. 58 al. 2 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1), 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 ; si aucun de ces domiciles ne peut être déterminé, le tribunal des assurances compétent est celui du canton où l'organe d'exécution a son siège.

L'existence d'un for au lieu de la succursale peut être admise lorsqu'il constitue pour le litige un point de rattachement prépondérant. Tel est notamment le cas lorsque l'assuré a travaillé pour la succursale d'une société, dans un canton différent du siège principal. Il s'agit là d'une compétence alternative, dès lors qu'il est uniquement question de faciliter l'action en justice et que rien n'empêche un justiciable de saisir le tribunal du canton de l'établissement principal (ATF 144 V 313 consid. 6.5).

1.1.2 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).

1.2 En l'espèce, le recourant est domicilié en France et il n'a jamais été domicilié en Suisse. Selon la déclaration de sinistre, l'adresse de l'employeur est à Yverdon-les-Bains. Cela étant, il s'agit là de l'adresse d'une succursale, le siège principal de l'employeur étant à Genève.

Partant, la chambre de céans est compétente *ratione loci* selon le for alternatif instauré par l'ATF 144 V 313 en lien avec l'art. 58 al. 2 LPGA et *ratione materiae*.

- 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 délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la 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.

- 3.** Le litige porte sur le droit de l'assureur de mettre un terme à ses prestations, avec effet au 24 février 2023, singulièrement sur la date du retour à *un statu quo*.

- 4.**

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

4.2

4.2.1 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. 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).

Pour admettre un lien de causalité naturelle, il suffit que l'accident représente une cause partielle d'une atteinte à la santé déterminée (ATF 134 V 109 consid. 9.5, ATF 123 V 43 consid. 2b ; SVR 2009 UV n° 3 c. 8.3).

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, 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.

4.2.2 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. 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 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 (maladif) 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).

A contrario, 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 a été causé ou aggravé par l'accident (arrêts du

Tribunal fédéral 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 et 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2).

Par ailleurs, avec le retour à un *statu quo sine vel ante*, la causalité partielle pour les troubles encore existants disparaît également. Toutefois, tant que cet état n'est pas atteint, l'assureur-accidents doit verser des prestations sur la base de l'art. 36 al. 1 LAA (arrêt du Tribunal fédéral 8C_589/2017 du 21 février 2018 consid. 3.2.3 avec renvois).

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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_50/2023 du 14 septembre 2023 consid. 7.1 et les références).

4.3 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 129 V 177 consid. 3.2 et ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

5.

5.1 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).

5.2 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).

6.

6.1 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).

6.2 La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGA) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGA). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2 ; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas

d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références).

6.3 Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations d'assurance sociales, le fardeau de la preuve incombe en principe à l'assureur-accidents (cf. ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références). Cette règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante correspond à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé (arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.3). À cet égard, est seul décisif le point de savoir si, au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 146 V 271 consid. 4.4), les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus aucun rôle, ne serait-ce même que partiel (cf. ATF 142 V 435 consid. 1), et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêt du Tribunal fédéral 8C_343/2022 du 11 octobre 2022 consid. 3.2 et les références).

7.

7.1 En l'espèce, l'intimée a mis un terme à ses prestations avec effet au 24 février 2023, au motif que les atteintes dont souffrait encore le recourant n'étaient plus en lien de causalité naturelle avec l'accident assuré. À l'appui de sa décision, elle s'est fondée sur les appréciations de son médecin d'arrondissement des 4 janvier, 3 février et 17 avril 2023.

Le recourant conteste cette décision, au motif qu'il ne souffrait pas du poignet avant son accident. Il expose que bien qu'il avait été opéré en 2016 à la suite d'une fracture du poignet, il n'avait aucune douleur ni séquelle avant l'accident du 15 juin 2022. Depuis l'accident, il ressentait une douleur au poignet droit qui avait tendance à s'aggraver et indiquait qu'un kyste était apparu par la suite. S'ajoutaient à la douleur au poignet des douleurs au dos et au genou droit. Il se fondait sur plusieurs certificats d'arrêt de travail et un rapport du Dr K_____, qui indiquait que l'assuré « [avait] toujours très mal (...) et il ne lui [était] pas possible de reprendre le travail » pour contester la décision de l'intimée.

7.2 La chambre de céans rappellera que le fait que des symptômes douloureux se manifestent après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir la causalité au degré de la vraisemblance prépondérante.

Dans le cas d'espèce, les certificats d'arrêt de travail ne permettent pas d'établir de lien de causalité entre l'accident de juin 2022 et les douleurs dont se plaint le

recourant à ce jour. Les médecins consultés par le recourant ont certes attesté d'incapacité de travail, mais n'ont pas indiqué que les atteintes qui causaient ces incapacités étaient la conséquence de l'accident de juin 2022, ni n'ont exposé que l'accident aurait décompensé des lésions préexistantes, en particulier au poignet droit.

En revanche, le dossier contient les avis et rapports du Dr J_____ fondés sur les rapports médicaux et images figurant au dossier. Le dossier soumis à ce dernier comprenait ainsi tous les rapports fournis par le recourant et l'imagerie pertinente, soit des pièces médicales établies sur la base d'examens personnels de l'assuré. Le médecin a constaté, sur la base de ces éléments médicaux, que l'accident avait tout au plus occasionné des contusions au genou droit et au dos, et a relevé, s'agissant du poignet, que les images mettaient en évidence des atteintes anciennes ostéosynthésées. Les rapports dressés à la suite de l'accident ne relèvent en effet pas de lésions traumatiques en lien avec celui-ci.

Si dans le rapport initial du GHOL, le diagnostic retenu relatif au poignet droit est une entorse, force est de constater que les médecins ont précisé qu'il n'y avait pas de signe de gravité. Le Dr J_____ a pour sa part évoqué la fracture préalable du poignet et a indiqué que « l'espace entre les deux pièces du scaphoïde [n'était] pas né d'une fracture récente du scaphoïde ou plutôt d'une re-fracture sur un scaphoïde déjà ostéosynthésé. Il [s'agissait] bien d'un traumatisme déjà traité antérieurement, sur lequel le scaphoïde était en pseudarthrose et probablement en status d'ostéonécrose. La fracture scaphoïdienne [était] ancienne, tant dans l'interprétation du médecin cheffe du GHOL que dans la nôtre ». Ainsi, si l'atteinte au poignet a été décompensée par l'événement accidentel de juin 2022, l'état qui aurait été celui du poignet sans l'accident a été atteint deux mois après l'accident. Des notes du médecin d'arrondissement lues en lien avec son rapport, l'on comprend que la cause accidentelle de l'atteinte au poignet ne jouait plus de rôle et devait être considérée comme ayant disparu deux mois après l'événement alors que l'atteinte à la colonne cervicale, de simples contusions, avait cessé de déployer ses effets au 15 décembre 2022. Cette durée est conforme à celle généralement admise par la jurisprudence précitée (consid. 4.2).

Les éléments au dossier, en particulier les certificats d'arrêts de travail, ne sont pas susceptibles de remettre en cause ce point de vue documenté et motivé rendu par le médecin d'arrondissement de l'intimée.

Compte tenu de ce qui précède, il n'existe pas de motif justifiant de s'écarter des conclusions du médecin d'arrondissement de l'intimée. Il y a dès lors lieu d'accorder une pleine valeur probante à ces notes et rapports.

L'intimée ayant suivi les conclusions de ce médecin, la décision attaquée est bien fondée.

Pour ces raisons, le recours sera rejeté.

Pour le surplus, la procédure est gratuite.

**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

Nathalie KOMAISKI

Marine WYSSENBACH

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