

# GE\_GERICHTE A/2277/2011 vom 18. Oktober 2011

GE Cour de justice, 2011-10-18, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_2277\\_2011](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2277_2011)

FR: GE\_GERICHTE A/2277/2011 du 18 octobre 2011

IT: GE\_GERICHTE A/2277/2011 del 18 ottobre 2011

## Erwägungen

### E. 1

ère Chambre En la cause Monsieur R \_\_\_\_\_, domicilié à Saint-Julien-en-Genevois, France recourant contre SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, Rechtsabteilung, sise Fluhmattstrasse 1, 6002 LUCERNE intimée EN FAIT Monsieur R \_\_\_\_\_, né en 1966, exerçait la profession de ferblantier-couvreur chez X \_\_\_\_\_ SA et était assuré de ce fait auprès de la CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après la SUVA) pour les accidents professionnels et non professionnels. Il a été victime d'une chute au travail avec réception sur le dos le 8 juillet 2009. Selon le rapport initial de la Clinique de Carouge du 21 juillet 2009, il a présenté une fracture intra-articulaire de l'extrémité distale du radius gauche et une contusion du rachis lombo-sacré avec un canal lombaire étroit modéré au niveau L4-L5 sur discopathie protrusive et arthrose postérieure. Dans un rapport intermédiaire du 3 août 2009, adressé à la SUVA, le Docteur A \_\_\_\_\_, chirurgien FMH spécialiste dans la chirurgie de la main, a retenu les diagnostics de fracture du radius - épiphyse distale (EDR) gauche, d'un arrachement du triquétrum gauche et d'un STC (syndrome du tunnel carpien) gauche. Le Dr B \_\_\_\_\_, chirurgien orthopédique FMH, a indiqué le 7 octobre 2009 que son patient avait subi une fracture transverse du sacrum le 8 juillet 2009 et signale les 18 novembre 2009 et 3 mars 2010 la résistance de douleurs du sacrum. Il résulte d'une arthrographie-radiocarpienne réalisée le 3 novembre 2009 par le Dr C \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, que l'assuré présente une fracture intra-articulaire de l'extrémité distale du radius sans déplacement et une rupture des ligaments triangulaire et luno-triquétral. Une IRM lombo-sacrée datée du 16 février 2010 montre un canal étroit modérément décompensé en L4-L5 sur discopathie protrusive et arthrose postérieure, et les coupes effectuées sur le sacrum mettent en évidence un trait de fracture au niveau de l'aileron sacré à gauche qui se présente sous forme d'un léger hypersignal encore actuellement. Le 1<sup>er</sup> février 2010, le Dr A \_\_\_\_\_ a indiqué que l'assuré avait développé une compression du médian au carpe se manifestant par des paresthésies nocturnes insomniantes avec une clinique typique et un ENMG positif. Après un traitement conservateur transitoire, la symptomatologie persistant, le médecin a décidé de pratiquer la cure du tunnel carpien gauche. Le Dr A \_\_\_\_\_ a considéré que son patient pouvait reprendre son travail à 50% dès le 11 juin 2010, et à 100% dès le 18 septembre 2010, précisant que la capacité de travail ne concernait que le poignet. L'assuré a été examiné par le médecin d'arrondissement de la SUVA, le Docteur D \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, le 29 septembre 2010. Celui-ci relève que l'assuré se dit principalement dérangé par des lombosciatalgies bilatérales plus ou moins continues et peu influencées par le repos. Au niveau du poignet, il ressent encore quelques douleurs occasionnelles et une diminution de la force. Le médecin constate objectivement quelques signes irritatifs lombosacrés et de la sacro-iliaque droite. Les radiographies à disposition

confirment l'existence d'une comorbidité disco-dégénérative protrusive lombaire, ainsi que des altérations des sacro-iliaques sans toutefois qu'il soit possible de visualiser une lésion fracturaire nette sur les documents à disposition. Il relève que l'évolution favorable du poignet a permis au Dr A \_\_\_\_\_ de fixer une pleine capacité sur le plan médico-théorique sur ce plan-là. En revanche, la problématique lombo-sacro-iliaque a empêché l'assuré de reprendre le travail, une incapacité de 100% étant toujours attestée par le Dr B \_\_\_\_\_. Il signale par ailleurs que l'assuré s'est annoncé à l'AI, "l'évolution des troubles vertébraux ouvrant en effet la question d'un reclassement professionnel compte tenu de l'activité relativement lourde effectuée par cet assuré". Le Dr D \_\_\_\_\_ a finalement proposé un séjour à la Clinique romande de réadaptation (CRR), afin d'établir : - le bilan diagnostic lésionnel avec CT scan et éventuellement scintigraphie pour préciser la nature post-fracturaire ou dégénérative des altérations sacro-iliaques constatées jusqu'ici. - des mesures de réadaptation et de reconditionnement axées sur la douleur comportant le cas échéant une approche cognitive. - une évaluation des aptitudes fonctionnelles et du pronostic d'un retour vers une pleine capacité dans la dernière activité exercée avant l'accident." Le 16 février 2011, le Dr A \_\_\_\_\_ a confirmé une capacité de travail à 100% s'agissant du poignet gauche, tout en précisant qu'il ne se prononçait pas sur la question des problèmes de dos. L'assuré a séjourné à la CRR du 11 janvier au 1<sup>er</sup> février 2011. Il résulte du rapport établi le 24 mars 2011 que "l'IRM lombaire et du sacrum du 16.02.2010 montre une discopathie dégénérative débutante L4-L5, un rétrécissement modéré du canal vertébral au niveau L4-L5 en rapport avec des pédicules un peu courts, des massifs articulaires postérieurs un peu gros et un bombement à large rayon de courbure du disque inter-vertébral. Il y a encore une anomalie de signal de type graisseux dans la partie moyenne et antérieure du plateau inférieur de D12 (non spécifique) et une hernie de Schmorl dans le plateau inférieur de D10. Les séquences en suppression de graisse de la colonne lombaire et du sacrum, des articulations sacro-iliaques et d'une partie des ailes iliaques, ne montrent aucune anomalie en faveur d'une sacro-illite ou d'une fracture. Il y a encore une atrophie modérée de la musculature lombaire basse profonde. La RX du bassin de face et les deux incidences l'aile iliaque droite/hanche droite du 08.07.2009 ne montre pas de fracture, mais les restes de deux vis en rapport avec une très ancienne ostéosynthèse pour une fracture du fémur droit. Il y a enfin une "herniation pit" dans le col du fémur gauche pouvant suggérer une anomalie de l'offset, anomalie qui a été incriminée comme pouvant être à l'origine de certains conflits fémoro-acétabulaires. Au total, les documents d'imagerie à disposition ne mettent en évidence aucune anomalie traumatique qui puisse expliquer la persistance des plaintes. L'examen neurologique électro-clinique du 17.01.2011, n'amène pas d'élément en faveur d'une radiculopathie lombosacrée susceptible de rendre compte des douleurs des membres inférieurs, qui représentent un phénomène référé à point de départ lombaire. La scintigraphie osseuse du 19.01.2011, montre une hyper-captation modérée du rachis dorsal centrée sur D7-D8 et D9. Il n'y a pas d'argument en faveur de lésion sacrée mise en évidence ce qui exclut l'hypothèse d'une fracture de l'aileron sacré gauche actuellement non consolidée. (...) Pour la fracture intra-articulaire de l'extrémité distal du radius gauche, nous avons récupéré l'ENMG effectué le 09.12.2010 par le Dr G \_\_\_\_\_ dans lequel, il conclut à l'absence de signe de neuropathie focale pour les nerfs médian ou cubital gauches et ce jusqu'au coude. (...) Le 18.01.2011, un consilium de l'appareil locomoteur en rapport avec le membre supérieur conclut à un status rassurant. En ce qui concerne les limitations fonctionnelles, notre consultant n'a pas de limitation particulière à reconnaître chez ce patient. Dans son

ancienne profession de ferblantier étancheur en ce qui concerne le poignet, notre consultant ne reconnaît pas d'incapacité de travail comme l'a déjà reconnu le Dr A\_\_\_\_\_. Il n'y a pas d'indication à faire d'autres examens complémentaires." Aucune proposition de poursuite ambulatoire n'a été formulée par le physiothérapeute de la CRR. Celui-ci a relevé que la volonté de donner le maximum aux différents tests avait été insuffisante et le niveau de cohérence pendant l'évaluation, faible. Selon l'ergothérapeute, il y a une bonne évolution des capacités de la main gauche durant le séjour. Reste encore un déficit d'environ 25% de force de préhension et des douleurs gênantes à la base du pouce. Les médecins de la CRR ont en conclusion estimé que l'incapacité de travail était totale du 11 janvier au 1<sup>er</sup> mars 2011 et de 50% dès le 2 mars 2011 dans une activité adaptée avec port de charges inférieures à 10 kilos et sans montée sur les hauteurs. Par courrier du 8 février 2011, le Dr B\_\_\_\_\_ a confirmé qu'"au stade actuel" l'incapacité de travail de son patient était de 100%, dans sa profession de couvreur, vu "les douleurs notamment dues à la fracture transverse du sacrum et dans une moindre mesure aussi dans les suites post-fracturaires de son poignet gauche.". Le Dr D\_\_\_\_\_ a été à nouveau invité à se déterminer. Convoqué à l'agence pour le bilan final, l'assuré ne s'est pas présenté. Le médecin a établi un nouveau rapport le 28 avril 2011. Il a constaté que sur le plan de la capacité de travail, le séjour à la CRR avait confirmé les conclusions du Dr A\_\_\_\_\_ concernant l'absence d'incapacité de travail imputable à la fracture du poignet depuis le 15 septembre 2010. En revanche, des limitations sont admises dans les activités avec port de charges lourdes ou contraignantes pour le dos, de sorte qu'une capacité de travail de 50% a été reconnue à l'assuré à l'issue du séjour à la CRR à partir du 2 mars 2011. Le Dr D\_\_\_\_\_ a ajouté à cet égard que "Nous soulignerons cependant ici que les investigations approfondies pratiquées à la CRR ont permis d'exclure l'existence d'une lésion structurelle, telle qu'une fracture imputable à l'accident susceptible d'aggraver de façon durable une comorbidité dégénérative vertébrale associée à un canal modérément étroit déjà symptomatique dans le passé. Les autolimitations relevées lors de l'observation stationnaire à la CRR permettent également de conclure à la probable influence de facteurs non organiques dans l'évolution invalidante du cas". Le médecin en a conclu que l'accident ne jouait plus aucun rôle dans l'incapacité de travail actuelle, celle-ci étant à mettre en relation avec une comorbidité vertébrale préexistante connue associée à des facteurs non organiques et comportementaux dont l'adéquation avec l'accident reste à démontrer. Le Dr D\_\_\_\_\_ a à cet égard rappelé que l'assuré avait déjà annoncé en 2003 un accident à la suite duquel il avait souffert de contusions cervicales, dorsales et de la fesse gauche. Des lésions dégénératives débutantes du rachis ainsi qu'un canal lombaire étroit avaient alors été mis en évidence. Le cas avait abouti à un stutus quo sine confirmé le 2 décembre 2004. Le médecin a dès lors considéré que l'accident du 8 juillet 2009 ne jouait plus aucun rôle dans l'incapacité de travail actuelle, cette dernière étant à mettre en relation avec une comorbidité vertébrale préexistante connue associée à des facteurs non organiques et comportementaux, de sorte que le status quo sine devait être considéré comme d'ores et déjà acquis, s'agissant de la problématique post-contusionnelle lombaire. Par décision du 5 mai 2011, la SUVA a informé l'assuré qu'elle cessait le versement de l'indemnité journalière et la prise en charge des soins médicaux au 30 avril 2011. L'assuré a formé opposition le 19 mai 2011, de même que la caisse-maladie perte de gain le 9 mai 2011. Le 30 juin 2011, cette dernière a cependant retiré son opposition, précisant que son médecin-conseil abondait dans le sens de la CRR quant à la capacité de travail de l'assuré. Par décision du 11 juillet 2011, la SUVA a rejeté l'opposition. L'assuré a interjeté recours le 26 juillet 2011 contre ladite décision. Il

allègue être toujours en incapacité de travail de 100%. Dans sa réponse du 26 août 2011, la SUVA constate que l'assuré ne fait valoir aucun élément nouveau, de sorte qu'elle se borne à conclure au rejet du recours. EN DROIT Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> 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. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56 et ss LPGA. Le litige porte sur le droit de la SUVA de mettre fin au versement de l'indemnité journalière et à la prise en charge des soins médicaux au 30 avril 2011. L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel (art. 6 al. 1 LAA). Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique ou mentale (art. 4 LPGA). Les prestations de l'assurance-accidents comprennent la prise en charge du traitement médical (art. 19 al. 1 LAA), qui existe aussi longtemps qu'on peut en attendre une amélioration sensible de l'état de santé de l'assuré (ATF U 391/00 du 9 mai 2001, consid. 2a; ATF 116 V 41, consid. 2c). Conformément à l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à cette indemnité naît le troisième jour qui suit l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2). L'indemnité journalière de l'assurance-accidents n'est pas allouée lorsque l'assuré a droit à une indemnité correspondante de l'assurance-invalidité (al. 3). A teneur de l'art. 18 al. 1 LAA, l'assuré invalide (art. 8 LPGA) à 10 % au moins par suite d'un accident a droit à une rente d'invalidité. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Pour évaluer le taux d'invalidité, il convient de comparer le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). Le droit aux prestations suppose notamment un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. Cette condition est remplie 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, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé: il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question 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 les assurances sociales. 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 du 31 mai 2006, U 239/05, consid. 2.1; ATF 129 V 177, consid. 3.1). 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 (ATF 8C\_463/2009 du 23 novembre 2009, consid. 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 181 consid. 2.2 et ATF 125 V 461 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 (cf. ATF 118 V 291 consid. 3a et ATF 117 V 364 consid. 5d/bb; ATFA non publié U 351/04 du 14 février 2006, consid. 3.2). a) 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 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) (cf. arrêt U 180/93 du 18 juillet 1994 consid. 3b in RAMA 1994 no U 206 p. 328; arrêt U 61/91 du 18 décembre 1991 consid. 4b in RAMA 1992 no U 142 p. 75 sv.). 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 (arrêt 8C\_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2). b) Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (ATF U 355/98 du 9 septembre 1999, consid. 2 et la référence, publié in RAMA 2000 n° U 363 p. 46), 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. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêts G. du 20 décembre 2005, U 359/04, consid. 2, B. du 27 octobre 2005, U 389/04, consid. 4.1, B. du 30 novembre 2004, U 222/04, consid. 1.3 et les références). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes

émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 118 V 286 , consid. 1b). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette 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 U 216/04 du 21 juillet 2005, consid. 5.2; ATF 125 V 351 , consid. 3b/ee). 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 celui-ci (ATF 125 V 351 , consid. 3b/bb et cc). 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). D'après une jurisprudence constante, en présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, si sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, 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 de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 , consid. 3 et les références). En l'espèce, la SUVA s'est fondée sur l'expertise de la CRR du 24 mars 2011 et sur l'appréciation du Dr D\_\_\_\_\_ pour motiver la décision querellée. Il y a à cet égard lieu de constater que le rapport des médecins de la CRR se fonde sur l'étude du dossier médical de l'assuré et sur un examen clinique complet. Les conclusions sont claires et convaincantes, de sorte qu'il convient de leur reconnaître pleine valeur probante. Ces médecins ont admis qu'en raison de la problématique lombaire, l'incapacité de travail de l'assuré était entière du 11 janvier au 1<sup>er</sup> mars 2011 et de 50% dès le 2 mars 2011 dans une activité adaptée, soit une activité avec port de charges inférieures à 10 kilos et sans montée sur les hauteurs. Ils ont toutefois constaté que selon l'IRM lombaire et du sacrum pratiquée le 16 février 2010, l'assuré souffrait d'une discopathie dégénérative débutante L4-L5 notamment. Ils n'ont relevé aucune anomalie en faveur d'une sacro-illite ou d'une fracture. La radio du bassin de face et les deux incidences de l'aile iliaque droite/hanche droite du 8 juillet 2009 ne montrent pas non plus de fracture. Aussi en ont-ils conclu que les documents d'imagerie dont ils avaient pris connaissance ne mettaient en évidence aucune anomalie traumatique et dès lors

considéré que le statu quo sine était acquis pour la problématique post-contusionnelle lombaire. Le Dr D\_\_\_\_\_ a également constaté l'existence d'une comorbidité disco-dégénérative protrusive lombaire, ainsi que des altérations des sacro-iliaques sans qu'il soit possible de visualiser une lésion fracturaire nette. Il y a par ailleurs lieu de rappeler que les médecins de la Clinique de Carouge ne parlaient que d'une contusion du rachis lombo-sacré, et indiquaient la présence d'"un canal lombaire étroit modéré au niveau L4-L5 sur discopathie protrusive et arthrose postérieure." Il s'agit à ce stade de déterminer si les constatations et conclusions du Dr B\_\_\_\_\_ permettraient de s'écarter de celles des médecins de la CRR et du Dr D\_\_\_\_\_. Le Dr B\_\_\_\_\_ fait en effet état d'une fracture transverse du sacrum survenue le 8 juillet 2009. Il est vrai que les coupes effectuées sur le sacrum mettent en évidence un trait de fracture au niveau de l'aileron sacré à gauche qui se présente sous forme d'un léger hypersignal encore actuellement. Ce trait ne suffit cependant pas pour retenir une fracture de l'aileron sacré, comme l'a expliqué le Dr D\_\_\_\_\_ et le diagnostic de fracture a été exclu sur la base de l'IRM et de la scintigraphie pratiquées le 16 février 2010. Force est ainsi de constater que la problématique lombaire, justifiant certes une incapacité de travail de 50% dans une activité adaptée, n'est toutefois pas en relation de causalité naturelle avec l'accident survenu le 8 juillet 2009 et ne saurait en conséquence ouvrir un droit à des prestations LAA. S'agissant de l'état du poignet, les médecins de la CRR n'ont pas reconnu d'incapacité de travail, partageant du reste l'avis du Dr A\_\_\_\_\_. Celui-ci a en effet fixé au 15 septembre 2010 la date à compter de laquelle les séquelles de la fracture du poignet gauche n'empêchaient plus son patient de travailler et ne nécessitaient plus de traitement. Eu égard à ce qui précède, c'est à bon droit que l'intimée a mis fin aux prestations dès le 30 avril 2011. Le recours, en tous points mal fondé, sera rejeté. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Dit que la procédure est gratuite. 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 Nathalie LOCHER La présidente Doris GALEAZZI Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le