

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4166/2017

ATAS/576/2018

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 25 juin 2018

6^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à VALLEIRY, FRANCE

recourante

contre

GENERALI ASSURANCES GÉNÉRALES SA, sise avenue
Perdtemps 23, NYON

intimée

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente ; Maria-Esther SPEDALIERO et Christine WEBER-FUX, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le _____ 1977, travaille comme aide-soignante / veilleuse à la Résidence B_____ pour les Établissements publics pour l'intégration (ci-après : l'employeur) et est assurée à ce titre selon la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20) auprès de Generali Assurances générales SA (ci-après : l'assureur).
2. Le 23 août 2016, l'employeur a annoncé à l'assureur un accident du 23 juillet 2016 ; l'assurée, lors du changement de protection d'un résident, avait fait une mauvaise rotation du poignet gauche.
3. Le docteur C_____, du Groupe médical d'Onex, a certifié le 17 août 2016 un arrêt de travail total du 17 août au 31 août 2016, prolongé ensuite jusqu'au 9 octobre 2016.
4. Une échographie du poignet gauche du 19 août 2016 a conclu à un épanchement articulaire radio-carpien peu sévère et pas de lésion ligamentaire intrinsèque ou extrinsèque mise en évidence, ni de ténosynovite.
5. Le 2 septembre 2016, la doctoresse D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, médecin-conseil de l'assureur, a indiqué que le kyste A-S n'était pas en rapport de causalité au-delà du possible avec l'accident. L'assurée, suite à un faux mouvement du poignet, consultait plus de 15 jours après ce mouvement forcé, pour douleurs persistantes du poignet gauche. Le bilan radiologique était normal, l'échographie ne montrait pas de lésion ligamentaire. Elle était adressée pour un avis spécialisé auprès du CH8, Centre de chirurgie et de thérapie de la main (ci-après : le CH8), et le diagnostic de kyste arthro-synovial dorsal du poignet était posé, avec infiltration de celui-ci le 20 septembre 2016. L'apparition d'un kyste arthro-synovial au poignet était rarement d'origine traumatique. La plupart du temps il s'agissait d'une découverte fortuite « au décours d'un accident ». Ce diagnostic avait dû être posé sur la base d'un examen d'imagerie médicale autre que l'échographie faite le 19 août 2016 à Onex. Avant de prendre une décision définitive, il fallait demander auprès du centre de thérapie de la main un rapport médical intermédiaire, si d'autres examens avaient été effectués, ou si le diagnostic de kyste était purement clinique.
6. Le 27 octobre 2016, le docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur au CH8, a indiqué une évolution lentement favorable, une reprise du travail étant prévue pour le 1^{er} novembre 2016.
7. Le 3 septembre 2016, l'assurée a répondu à un questionnaire de l'assureur en précisant que lors du changement de protection d'un résident, elle avait effectué une mauvaise rotation avec sa main gauche, ce qui a provoqué une douleur au poignet. Elle avait ressenti la première douleur sur le moment.

8. Le 15 septembre 2016, le Dr C_____ a rempli un rapport médical LAA attestant d'un choc sur le poignet en flexion et d'un diagnostic de carpite radiocarpienne post-traumatique ; l'incapacité de travail était totale dès le 17 août 2016.
9. Une radiographie du poignet gauche du 12 septembre 2016 a conclu à l'absence d'anomalie mise en évidence.
10. Une échographie du poignet gauche du 20 septembre 2016 a conclu à la confirmation d'un kyste du faisceau dorsal du ligament scapholunaire mesurant 6 x 8 mm pour 2 mm d'épaisseur.
11. Le 28 septembre 2016, le Dr E_____ a rempli un rapport médical intermédiaire LAA attestant d'un kyste de faisceau dorsal du ligament scapholunaire gauche, une infiltration pratiquée le 20 septembre 2016 et un contrôle prévu en octobre 2016.
12. Le 12 novembre 2016, la Dresse D_____ a rendu un avis indiquant « refus de la prestation ».
13. Par décision du 22 novembre 2016, l'assureur a mis fin au versement de ses prestations dès le 19 septembre 2016 au motif que selon le médecin-conseil il n'y avait pas de lien de causalité entre le kyste arthro-synovial scapholunaire du poignet gauche et l'événement traumatique du 23 juillet 2016.
14. Le 30 novembre 2016, l'assurée a fait opposition à cette décision en faisant valoir qu'elle présentait encore des douleurs carpiennes et des faiblesses alors que le kyste n'était plus douloureux ; celui-ci n'était pas à l'origine des douleurs ; elle a communiqué un avis de la doctoresse F_____, médecin généraliste à Saint-Julien-en-Genevois, selon lequel l'assurée présentait toujours les mêmes douleurs radiocarpennes apparues suite à l'accident et liées à la carpite radiocarpienne, le kyste n'étant pas douloureux.
15. Le 3 mars 2017, le docteur G_____, spécialiste FMH en médecine générale, a rempli un rapport médical LAA attestant d'un faux mouvement avec le poignet gauche, le constat de douleurs radiocarpennes gauches et une incapacité de travail totale du 1^{er} septembre au 30 septembre 2016.
16. Une IRM du poignet gauche du 28 février 2017 du centre d'imagerie médicale de Ferney-Voltaire a conclu à la présence d'images microkystiques sous corticales dans la partie externe de l'os triquetrum pouvant correspondre à des séquelles traumatiques sur le versant externe du poignet et à la présence de légers hypersignaux T2 intra spongieux sous corticaux dans le lunatum. Au niveau des structures ligamentaires, il ne semblait pas exister d'anomalie sur le versant scapho-lunaire, en revanche, il était possible qu'il existe une discontinuité sur le ligament luno-triquétral. Ces lésions ligamentaires ne pouvaient être confirmées que par un arthroscanner ou une arthroIRM. Il ne semblait pas exister d'anomalie du complexe triangulaire du carpe. Aucune autre anomalie n'était visible par ailleurs.

17. Un arthroscanner du poignet gauche du 22 mars 2017, d'Imagerie médicale du Pays de Gex, a conclu à un arthroscanner du poignet gauche normal.
18. Le 31 mars 2017, le docteur H_____, chirurgien orthopédique et traumatologique du membre supérieur, de la Clinique d'Argonay, à Pringy, a attesté que l'assurée présentait des douleurs chroniques et persistantes dorsales post-traumatiques au niveau du poignet gauche. Lors de la consultation du 14 mars 2017, il avait évoqué éventuellement une lésion du ligament scapho-lunaire du fait d'un claquement et des douleurs dorsales. L'arthroscanner éliminait donc des lésions ligamentaires intra-carpiennes. Il n'y avait pas de kyste arthrosynovial visible venant de l'articulation. Les douleurs étaient assez typiques post-traumatiques, et il fallait les traiter de façon conservatrice par de la kinésithérapie.
19. Le 21 avril 2017, la Dresse D_____ a estimé que les nouveaux éléments médicaux ne permettaient pas de confirmer une atteinte ligamentaire. Il n'y avait plus de kyste visible à l'IRM, donc l'infiltration avait été efficace. Elle proposait une expertise Chir Main pour évaluer la causalité entre les symptômes actuels persistants et l'accident.
20. À la demande de l'assureur, le docteur I_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a rendu le 4 juillet 2017 un rapport d'expertise.

L'assurée avait repris le travail à 100 % le 15 mai 2017, sans problème, seulement une gêne occasionnelle à l'effort à la face dorsale du poignet gauche, de rares tiraillements et l'impression d'une perte de force. Il a posé le diagnostic de micro-kyste dorsal du poignet gauche, révélé lors d'un effort ordinaire le 23 juillet 2016, avec évolution fluctuante puis lentement favorable.

Le 23 juillet 2016, lors d'un effort ordinaire de traction du poignet gauche en flexion et légère supination, la patiente avait développé des tiraillements à la face dorsale du poignet qui ne l'avaient pas inquiétée dans un premier temps. Trois semaines plus tard, elle avait développé des douleurs à ce niveau.

Le lien de causalité naturelle entre l'état du poignet gauche et l'événement du 23 juillet 2016 pouvait être exclu pour les raisons suivantes :

- par sa nature, un kyste arthrosynovial dorsal du poignet était classiquement une lésion dégénérative survenant quasi toujours sans aucune notion d'accident ni de facteur déclenchant ;
- l'événement du 23 juillet 2016 était un effort de traction ordinaire en flexion du poignet gauche pour retirer la couche à un résident, sans aucune notion de choc ni de mouvement extrême ou déboîtement ;
- pas de véritable douleur ni d'arrêt de travail dans un premier temps ;
- les douleurs et l'arrêt de travail n'avaient commencé que trois semaines plus tard ;

- les diverses investigations radiologiques qui avaient été faites en 2016 et 2017 n'avaient montré que la présence d'un kyste millimétrique dorsal du poignet gauche, loco classico, sans aucune lésion traumatique visible, notamment des structures ostéo-articulaires, ligamentaires ou tendineuses du poignet.

En conclusion, l'effort ordinaire du 23 juillet 2016 n'avait fait que révéler, mais n'avait pas causé le microkyste dorsal du poignet gauche. Il s'agissait certainement d'un état précaire préexistant dont la symptomatologie aurait pu débiter n'importe quand, soit par la dynamique de la lésion elle-même, soit en réponse à un mouvement ou à un effort ordinaire de la vie. Il s'agissait sans aucun doute d'un cas maladie pure.

21. Le 31 mars 2017, le Dr H_____ a prescrit des séances de kinésithérapie pour les douleurs post-traumatiques face dorsale d'aspect inflammatoire.
22. Par décision du 4 octobre 2017, l'assureur a rejeté l'opposition de l'assurée au motif que celle-ci n'avait pas été victime d'un accident, en l'absence d'un facteur extérieur, puisqu'il n'y avait pas eu de mouvement d'une certaine intensité dont le déroulement avait été interrompu par un phénomène non programmé et en l'absence d'un effort inhabituel, qu'elle ne présentait pas de lésion assimilée à un accident, qu'en toute hypothèse, elle ne présentait qu'une lésion dégénérative, sans lien avec l'événement en cause.
23. Le 17 octobre 2017, l'assurée a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision précitée en faisant valoir que lors du changement de protection d'un résident de 95 kg, qui dormait, elle avait dû tirer sur la protection, son poignet était en flexion avec une supination vers la gauche et avait ressenti un tiraillement ; elle avait immobilisé son poignet et continué à travailler ; depuis le 14 août 2016, elle avait eu de la peine à utiliser sa main gauche, avec des douleurs en continu ; le Dr H_____ avait indiqué qu'il s'agissait sûrement d'une entorse mal soignée ; elle avait retravaillé depuis le 1^{er} novembre 2016 puis été en arrêt total dès le 10 avril 2017 pour trente jours pour effectuer de la kinésithérapie, ce qui lui avait permis de retrouver la mobilité de son poignet. Elle sollicitait l'expertise de la chambre de céans concernant l'accident de son poignet gauche, mal diagnostiqué.
24. Le 6 novembre 2017, l'assureur a conclu au rejet du recours. L'événement du 23 juillet 2016 n'était pas un accident car il s'agissait d'un mouvement ordinaire et habituel avec le poignet gauche au moment de changer la protection d'un résident ; par ailleurs il n'y avait pas de lien de causalité entre le kyste diagnostiqué et l'événement du 23 juillet 2016, de sorte que le refus de toute prestation depuis le 20 septembre 2016 était justifié.
25. La recourante n'a pas répliqué dans le délai qui lui a été imparti.
26. A la demande de la chambre de céans, les médecins suivants ont donné des renseignements complémentaires :

- Le Dr C_____ a indiqué le 19 février 2018 qu'il était d'accord avec les constatations et conclusions du Dr I_____, qu'il avait attesté d'une carpite soit une inflammation dans la zone du carpe sur la base de l'échographie du 19 août 2016, que le terme de post traumatique renvoyait à l'exacerbation des douleurs après le mécanisme de torsion forcée du poignet, que l'évènement du 23 juillet 2016 n'avait fait que révéler le kyste préexistant, qu'il ne s'agissait pas d'une lésion-accident mais d'un cas maladie, avec une décompensation douloureuse du kyste du poignet.
 - Les Drs J_____, cheffe de clinique et K_____, FMH chirurgie de la main, du CH8 ont attesté le 28 février 2018 d'un suivi par le Dr E_____ du 16 septembre au 18 octobre 2016 et d'une consultation de l'assurée le 8 novembre 2016 en raison de récurrence de douleurs au poignet gauche, correspondant à la palpation d'un kyste arthrosynovial scapholunaire dorsal ; ils étaient d'accord avec l'avis du Dr I_____, en particulier avec le fait que le lien de cause à effet entre le traumatisme et le kyste était difficile à objectiver ; ils ne confirmaient pas le diagnostic de carpite radio-carpienne post-traumatique, cela toutefois sur le vu des notes du Dr E_____ et de la consultation du 8 novembre 2016 ;
 - Le Dr H_____ n'a pas répondu à la demande de la chambre de céans.
27. Le 11 juin 2018, l'assureur a observé que tant le Dr C_____ que le CH8 confirmaient que les douleurs étaient dues au kyste scapho-lunaire, soit une maladie préexistante, de sorte que la décision litigieuse devait être confirmée.
28. Le 13 juin 2018, l'assurée a observé que le rapport du Dr C_____ du 28 février 2018 ne relatait pas ce que ce médecin lui avait dit, soit qu'il ne comprenait pas ses douleurs et qu'elle devait consulter un spécialiste au CH8 ; quant au Dr E_____, il ne lui avait pas expliqué que son kyste avait une origine malade ; elle avait donc été mal renseignée par ses médecins et pensait être en droit de se faire soigner pour un accident.
29. Sur quoi la cause a été gardée à juger.

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.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Le 1^{er} janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit de la recourante aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.
4. 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 (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).
5. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'intimée, singulièrement sur la question de la causalité de l'atteinte au poignet gauche de la recourante avec l'accident du 23 juillet 2016.
6. 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 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 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; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

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).

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, ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 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.

7. 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).
8. 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).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur

des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

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

Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

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. Etant 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).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que 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 suffisants 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 LPG ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 8C_923/2010 du 2 novembre 2011 consid. 5.2).

Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un

examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

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).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 2.2).

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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 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 126 V 319 consid. 5a).

10. En l'occurrence, les médecins traitants de la recourante, soit les Drs C_____ et ceux du CH8, ont indiqué qu'ils étaient d'accord avec les constatations et conclusions du Dr I_____, selon lequel l'atteinte présentée par la recourante au poignet gauche ne résultait pas d'un accident mais était due au kyste arthro-synovial dorsal, lequel relevait uniquement de la maladie.

Au vu de ces avis médicaux, concordants, il n'existe, au degré de la vraisemblance prépondérante, aucun lien de causalité naturelle, à tout le moins au-delà du 19 septembre 2016, entre l'évènement du 23 juillet 2016 et l'atteinte au poignet gauche de la recourante, sans qu'il soit nécessaire de déterminer si l'évènement du 23 juillet 2016 peut être qualifié d'accident.

11. Partant, le recours ne peut qu'être rejeté et la décision litigieuse confirmée.

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

**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

Julia BARRY

Valérie MONTANI

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