



POUVOIR JUDICIAIRE

A/657/2019

ATAS/684/2019

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 29 juillet 2019

6^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à GENEVE, représenté par le
Syndicat UNIA

recourant

contre

HELVETIA COMPAGNIE SUISSE D'ASSURANCES SA, sis
Dufourstrasse 40, ST. GALLEN

intiméE

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

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré ou le recourant), né en 1973, a travaillé dès le 14 avril 2017 auprès de B_____ S.A. (ci-après l'employeur) en tant qu'assistant de direction et était, à ce titre, assuré pour les accidents auprès d'HELVETIA Compagnie Suisse d'Assurances S.A. (ci-après l'assureur ou l'intimé).
2. Le 1^{er} mai 2017, l'assuré a chuté alors qu'il courait pour attraper le bus.
3. Les premiers soins ont été prodigués le jour de l'accident par le docteur C_____, spécialiste FMH médecin praticien, et une incapacité de travail totale a été attestée.
4. L'assureur a pris en charge les suites de l'accident.
5. Le 8 mai 2017, l'employeur a mis fin au contrat de travail pour le 15 mai 2017.
6. Par rapport du 18 mai 2017, le Dr C_____ a diagnostiqué une contusion du thorax et du coude gauche ainsi qu'une entorse du poignet gauche. Il n'y avait pas de lésion osseuse traumatique visible au poignet gauche. Le traitement consistait en une immobilisation du coude, la prise d'anti-inflammatoires et des séances de physiothérapie. L'incapacité de travail totale perdurait et le traitement allait durer probablement deux semaines.
7. Le 2 juin 2017, une imagerie par résonance magnétique (ci-après IRM) du poignet gauche a permis de constater une ténosynovite modérée du tendon commun des extenseurs non fissuraire, un aspect hétérogène et remanié de la portion intermédiaire du ligament luno-triquétral sans argument pour une déchirure transfixiante, sous réserve d'un examen sans arthrographie ainsi qu'un épanchement modéré de l'articulation radio-carpienne. Il n'y avait pas de lésion osseuse traumatique aiguë décelée (rapport du docteur D_____, spécialiste FMH en radiologie).
8. A la demande de l'assureur, le Dr C_____ a indiqué, par pli du 20 juin 2017, que la prolongation de l'arrêt de travail jusqu'au 13 juin 2017 se justifiait par les douleurs et une fonction restreinte du poignet gauche suite à une ténosynovite du tendon commun. Etant donné que l'assuré occupait un poste en tant qu'assistant du responsable de salle auprès de son employeur, une reprise du travail n'était pas envisageable plus tôt.
9. Dans une note non datée versée au dossier, le docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin conseil de l'assureur, a indiqué que l'IRM avait constaté un épanchement de l'articulation au poignet gauche début juin 2017. L'incapacité de travail était justifiée jusqu'au 13 juin 2017. Il se posait la question de savoir si l'assuré était assistant de direction ou assistant serveur.
10. Le 12 juillet 2017, l'assureur a informé l'assuré avoir soumis son dossier au Dr E_____ le 11 juillet 2017. L'IRM du 2 juin 2017 avait révélé un épanchement articulaire au poignet gauche, sans lésion osseuse traumatique aiguë décelée. Au vu de ces éléments, l'assureur avait établi un statu quo au 13 juin 2017. Au-delà de

cette date, les troubles nécessitant un traitement médical n'étaient plus consécutifs à l'accident.

11. Le 24 juillet 2017, le Syndicat UNIA a informé l'assureur avoir été mandaté par l'assuré pour la défense de ses intérêts. Une procuration générale avec élection de domicile était jointe au courrier.
12. Par rapport du 15 septembre 2017, le docteur F_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué que l'assuré, gaucher, présentait une contusion du poignet gauche avec ténosynovite des extenseurs à gauche. L'évolution avait été très lente avec des raideurs et des douleurs au poignet. Il avait vu l'assuré les 28 août et 15 septembre 2017. Dès cette date, l'assuré avait recouvré une capacité de travail totale avec une limitation du port de charges de plus de 5 kg du côté gauche, jusqu'au 15 novembre 2017.
13. Le 25 janvier 2018, l'assuré a contesté la fin de la prise en charge des prestations au 13 juin 2017. Il sollicitait le versement des prestations jusqu'au 14 septembre 2017, étant donné que son incapacité de travail avait perduré jusqu'à cette date-là. Dans la mesure où il effectuait un travail consistant à porter des charges, il ne lui avait pas été possible de reprendre son activité avant le 15 septembre 2017.

L'assuré a joint un rapport du Dr F_____ du 25 octobre 2017 expliquant qu'à l'examen de l'assuré effectué fin août, celui-ci présentait des douleurs diffuses au poignet gauche et la mobilisation restait toujours difficile. Le médecin a rappelé les constats de l'IRM et indiqué que le patient avait évolué moyennement bien. L'incapacité de travail avait été totale jusqu'au 14 septembre 2017. Il avait ensuite repris son travail, avec une interdiction de porter des charges de plus de 5 kg.

Dans un questionnaire du 18 décembre 2017, le Dr F_____ a indiqué notamment que lorsqu'il avait vu l'assuré pour la première fois, il présentait des douleurs diffuses du poignet gauche suite à la contusion. L'évolution avait été lente, mais favorable. La dernière visite avait eu lieu le 17 octobre 2017 et l'assuré avait encore un peu mal. La reprise à 100% avait eu lieu le 15 septembre 2017.

Dans un questionnaire du 10 janvier 2018, le Dr C_____ a rappelé que l'assuré avait subi notamment une entorse au poignet gauche due à l'accident de manière certaine et il n'y avait pas d'autre élément influençant son état de santé. Le traitement avait consisté en le port d'une attelle, un bandage, de la physiothérapie, et à compter du 15 août 2017, l'assuré avait été suivi par un orthopédiste, le Dr F_____. L'incapacité de travail totale avait perduré jusqu'au 14 septembre 2017.

14. Par décision du 7 février 2018, adressée à l'assuré, l'assureur a confirmé la fin du versement des indemnités journalières et de la prise en charge des frais de traitement au 13 juin 2017, au motif qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré. Le dossier pouvait être clôturé.

15. Par courriel du 5 mars 2018, l'assureur a adressé cette décision au conseil de l'assuré.
16. Le 29 mars 2018, l'assuré s'est opposé à cette décision, réclamant la prise en charge des prestations jusqu'au 14 septembre 2017. Il n'avait jamais été examiné par le Dr E_____ et ses médecins traitants avaient indiqué que l'évolution de sa guérison était lente, mais favorable. Par ailleurs, son travail consistait principalement à effectuer le service, c'est-à-dire à porter des plateaux et à débarrasser des tables. En raison de la nature de son travail, ses médecins avaient estimé qu'il n'était pas indiqué qu'il reprenne son activité avant le 15 septembre 2017, et dès cette date, uniquement en portant des charges de moins de 5 kg.
17. Le 24 mai 2018, ASSURA, caisse-maladie de l'assuré, s'est également opposée à la décision. Les lésions révélées par l'IRM du 2 juin 2017, soit une tendinite post-traumatique avec épanchement de l'articulation radio-carpienne, nécessitaient un traitement de physiothérapie et d'ergothérapie. De plus, selon les rapports, l'évolution était lente, mais favorable. Par conséquent, le médecin-conseil de la caisse-maladie estimait que le statu quo pouvait être posé à la date de fin de l'incapacité de travail, soit au 15 septembre 2017.
18. Le 27 novembre 2018, le Dr E_____ a relevé l'absence d'éléments permettant de modifier son avis.
19. A la demande de l'assureur, par rapport du 4 décembre 2018, le docteur G_____, médecin conseil, a indiqué partager l'avis du Dr E_____. Selon le Dr G_____, trois semaines d'incapacité de travail au maximum étaient justifiées. Les rapports des Drs C_____ et F_____ n'étaient pas propres à modifier l'opinion du Dr E_____.
20. Par décision sur opposition du 15 janvier 2019, l'assureur a maintenu sa position. Vu les avis des Drs E_____ et G_____, il apparaissait que l'incapacité de travail et les frais médicaux étaient à prendre en charge jusqu'au 13 juin 2017. Au-delà de cette date, ils n'étaient plus en relation de causalité naturelle avec l'événement du 1^{er} mai 2017. En outre, la durée généralement admise en cas de contusion/entorse du poignet était de deux semaines dans une activité manuelle et de seulement une semaine dans une activité intellectuelle. En l'occurrence, rien ne permettait de justifier un statu quo au 15 septembre 2017.
21. Par acte du 18 février 2019, l'assuré, représenté par son conseil, a interjeté recours contre cette décision, concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation et au versement des prestations jusqu'au 14 septembre 2017.

La date du 13 juin 2017 avait été fixée de façon totalement abstraite et sans prendre en compte la situation concrète du recourant. L'intimée n'avait pas fait valoir que les douleurs ressenties et les lésions ressortant de l'IRM seraient d'origine malades et qu'elles se seraient résorbées dès le 13 juin 2017. Les explications de l'intimée ne se fondaient sur aucun motif valable. Initialement, elle avait indiqué qu'une amélioration sensible de l'état de santé n'était plus envisageable, puis que

l'incapacité de travail généralement admise dans ce genre de situation était de deux semaines. L'intimée n'avait jamais transmis au recourant le rapport du Dr E_____, ni celui du Dr G_____. Le recourant ne pouvait donc se déterminer sur la valeur probante de ces pièces et il s'étonnait du temps mis par l'intimée pour rendre sa décision.

22. Par réponse du 9 mai 2019, l'intimée a conclu, sous suite de frais et dépens, au rejet du recours. Les diagnostics posés suite à la chute du 1^{er} mai 2017 avaient été une contusion du thorax et du coude gauche ainsi qu'une entorse du poignet gauche. Les divers examens radiologiques du poignet gauche excluaient toute lésion osseuse traumatique. L'IRM mettait en évidence uniquement une ténosynovite modérée du tendon commun des extenseurs non fissuraire, mais excluait toute déchirure transfixiante. L'événement du 1^{er} mai 2017 devait être qualifié de banal. La date au 13 juin 2017 retenue pour le statu quo se basait sur l'appréciation du Dr E_____ du 11 juillet 2017. Le Dr G_____, dans son appréciation du 4 décembre 2018, avait rejoint l'avis du Dr E_____. Les médecins-conseils s'étaient fondés sur l'ensemble du dossier médical, et notamment les examens radiologiques. Leurs avis avaient ainsi pleine force probante.

Le Dr F_____ ne s'était pas prononcé sur le lien de causalité naturelle entre l'incapacité de travail et l'accident et le recourant aurait pu s'adresser à l'intimée pour connaître la teneur des avis des médecins-conseils. Par ailleurs, il était inexact de prétendre que le recourant ne pouvait pas reprendre son emploi au motif qu'il devait principalement porter des charges. Cette question ne se posait pas vraiment vu qu'il avait été licencié pendant le temps d'essai, soit pour le 15 mai 2017.

C'était ainsi à bon droit que l'intimée avait retenu un statu quo au 13 juin 2017, le lien de causalité naturelle n'était plus donné au-delà de cette date.

A l'appui de sa détermination, l'intimée a notamment produit un courriel du 16 avril 2019 de H_____ S.A., courtier de l'employeur, indiquant que le recourant avait un poste d'assistant de direction/manager au service opérationnel (organiser le service) et qu'il pouvait également faire le service lui-même.

23. Par réplique du 13 juin 2019, le recourant a rappelé que l'intimée avait d'abord estimé que son état de santé n'allait plus s'améliorer, pour ensuite prétendre que le lien de causalité n'était plus existant au 13 juin 2017. Or, le recourant avait continué à ressentir des douleurs au-delà de cette date et la ténosynovite démontrait bien que l'incapacité de travail était justifiée, d'autant plus qu'il s'agissait de son poignet dominant. Les douleurs étaient dues aux suites de l'accident. Une reprise de travail plus tôt n'était pas envisageable puisqu'il ne pouvait pas porter de charges. Il faisait essentiellement du service et avait été licencié au 15 mai 2017. Il ne pouvait prétendre à un nouvel emploi tant qu'il était en incapacité de travail.
24. Sur ce, 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), 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 après cette date, le droit du recourant aux prestations d'assurance est soumis au nouveau 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 à compter du 1^{er} janvier 2017.
4. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).
5. Préalablement, il convient d'examiner si l'opposition, formée par le recourant le 29 mars 2018 contre la décision du 7 février 2018, était recevable.
6. a. Selon l'art. 52 LPGA, les décisions rendues en matière d'assurances sociales peuvent être attaquées dans les trente jours par voie d'opposition auprès de l'assureur qui les a rendues, à l'exception des décisions d'ordonnancement de la procédure.
b. Selon l'art. 37 LPGA, une partie peut, en tout temps, se faire représenter, à moins qu'elle ne doive agir personnellement, ou se faire assister, pour autant que l'urgence d'une enquête ne l'exclue pas (al. 1). Tant que la partie ne révoque pas la procuration, l'assureur adresse ses communications au mandataire (al. 3).

Selon la jurisprudence, lorsqu'il reçoit personnellement une communication de l'assureur social, l'assuré représenté est en droit de penser que celle-ci est aussi parvenue à son représentant et qu'il peut s'abstenir d'agir personnellement. La notification irrégulière d'une décision ne doit entraîner aucun préjudice pour l'intéressé (art. 49 al. 3, 3^{ème} phrase, LPGA). Cependant, la jurisprudence n'attache pas nécessairement la nullité à l'existence de vices dans la notification. La protection des parties est suffisamment garantie lorsque la notification irrégulière

atteint son but malgré cette irrégularité. Il convient à cet égard de s'en tenir aux règles de la bonne foi qui imposent une limite à l'invocation du vice de forme. Ainsi l'intéressé doit agir dans un délai raisonnable dès qu'il a connaissance, de quelque manière que ce soit, de la décision qu'il entend contester. Cela signifie notamment qu'une décision, fût-elle notifiée de manière irrégulière, peut entrer en force si elle n'est pas déférée au juge dans un délai raisonnable. En vertu de son devoir de diligence, il appartient à la partie à qui la décision a été directement notifiée de se renseigner auprès de son mandataire - dont l'existence est connue de l'autorité - de la suite donnée à son affaire, au plus tard le dernier jour du délai de recours. Aussi, la jurisprudence considère-t-elle qu'il y a lieu de faire courir dès cette date le délai dans lequel une partie est tenue d'attaquer une décision qui n'a pas été notifiée à son représentant (arrêt du Tribunal fédéral 8C_216/2012 du 5 avril 2013 consid. 3.1).

c. En l'occurrence, l'intimée a adressé, à tort, la décision du 7 février 2018 directement au recourant, en dépit de l'élection de domicile existant auprès de son conseil. Comme ce dernier a réagi à cette décision le 29 mars 2018, soit dans le délai de 30 jours à compter du dernier jour du délai d'opposition, c'est à juste titre que l'intimée est entrée en matière sur les moyens soulevés par le recourant contre la suppression de son droit aux prestations.

7. Le litige porte sur le droit du recourant à la reprise du versement des indemnités journalières et de la prise en charge du traitement médical, pour la période courant du 14 juin au 14 septembre 2017.
8. a. 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 LPG; 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).

b. 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.

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

9. 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).
10. a. 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).

b. 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).

c. 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).

d. 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).

e. 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).

11. 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 (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, corresponde 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 du Tribunal fédéral des assurances U 359/04 du 20 décembre 2005 consid. 2, U 389/04 du 27 octobre 2005 consid. 4.1 et U 222/04 30 novembre 2004 consid. 1.3).
12. 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).
13. En l'espèce, le 1^{er} mai 2017, le recourant a été victime d'un accident ayant entraîné notamment une entorse (rapport du Dr C_____ du 18 mai 2017) ou une contusion (rapport du Dr F_____ du 15 septembre 2017) au poignet gauche.

L'intimée a pris en charge le traitement médical et a versé des indemnités journalières. Par décision litigieuse du 15 janvier 2019, elle a mis un terme à ces prestations temporaires avec effet au 13 juin 2017, considérant que, postérieurement à cette date, les troubles que présentait le recourant au poignet gauche n'étaient plus en lien de causalité naturelle avec l'accident, ce qu'il conteste.

Il convient ainsi d'examiner si les pièces médicales, sur lesquelles l'intimée s'est fondée, sont suffisamment probantes pour étayer sa position.

Pour motiver sa décision, l'intimée s'est fondée sur les avis du Dr E_____ des 11 juillet 2017 et 27 novembre 2018 ainsi que sur le rapport du Dr G_____ du 4 décembre 2018.

A titre liminaire, la chambre de céans constate que l'appréciation du Dr E_____ et celle du Dr G_____ n'ont pas été établies par des spécialistes indépendants, les médecins précités devant être considérés comme des médecins internes à l'intimée. Par ailleurs, lesdites appréciations ont été établies sur dossier. Ces éléments ne remettent toutefois pas en question leur valeur probante pour autant que lesdites appréciations se fondent sur suffisamment de pièces établies suite à un examen clinique du recourant, ce qui est le cas en l'espèce, et qu'elles répondent aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante, ce qu'il convient d'examiner ci-après.

Appelé à se déterminer, le Dr E_____ s'est contenté - dans un premier avis de trois lignes - de relever que le recourant avait eu mal au poignet et que l'IRM effectuée début juin 2017 avait constaté un épanchement articulaire au poignet gauche. Selon lui, l'incapacité de travail se justifiait jusqu'au 13 juin 2017. Le 27 novembre 2018, ce médecin a noté l'absence d'éléments justifiant une modification de son premier avis.

Force est de constater que les appréciations du Dr E_____ ne comportent ni une description des pièces figurant au dossier, ni une description complète des plaintes du recourant, ni une évaluation de la situation médicale de ce dernier. En outre, sa conclusion relative à la durée de l'incapacité de travail du recourant, fixée au 13 juin 2017, laquelle semble se rapporter à la prolongation de l'arrêt de travail par le Dr C_____, est dépourvue de toute motivation.

S'agissant du rapport du Dr G_____ du 4 décembre 2018, s'il comporte certes une description des pièces figurant au dossier et des plaintes du recourant, force est toutefois de relever que ce médecin n'a formulé aucune appréciation concernant la situation médicale du recourant et qu'il n'a pas développé la moindre argumentation quant au fait qu'il partageait l'avis du Dr E_____, ni quant à l'existence d'une incapacité de travail totale pendant trois semaines au maximum.

De surcroît, il convient de relever que ni le Dr E_____, ni le Dr G_____ ne sont exprimés sur la présence d'une ténosynovite modérée du tendon commun des extenseurs au poignet gauche du recourant, pourtant constatée à l'IRM du 2 juin 2017.

La chambre de céans constate ainsi que les avis de ces médecins ne répondent pas aux réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître une quelconque valeur probante et qu'ils ne permettent pas de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les troubles dont souffrait le recourant postérieurement au 14 juin 2017 résultaient exclusivement de causes étrangères à l'accident.

Partant, en l'absence d'une analyse probante de la situation médicale du recourant, l'intimée ne pouvait se fonder sur les conclusions des Drs E_____ et G_____ pour rendre sa décision litigieuse mettant fin au droit du recourant au versement des prestations provisoires.

Quant aux autres pièces du dossier, elles ne permettent pas non plus de se déterminer sur la question litigieuse.

En effet, si le Dr F_____ a certes indiqué que le recourant avait présenté une incapacité de travail totale jusqu'au 14 septembre 2017, il ne s'est toutefois pas prononcé sur le lien de causalité naturelle entre l'accident et les troubles présentés par le recourant au-delà du 14 juin 2017 (rapports des 15 septembre, 25 octobre et 18 décembre 2017).

Par ailleurs, si dans son rapport du 10 janvier 2018, le Dr C_____ a certes indiqué que les troubles étaient dus de manière certaine à l'accident, la chambre de céans ne saurait toutefois se fonder sur cet avis dépourvu de toute motivation pour retenir que l'atteinte à la santé dont souffrait le recourant pendant la période courant du 14 juin au 14 septembre 2017, était encore imputable à l'accident du 1^{er} mai 2017, ce d'autant plus que ce médecin a cessé de traiter le recourant dès le 15 août 2017.

Enfin, l'argument de l'intimée, selon lequel la durée généralement admise en cas de contusion/entorse du poignet est de deux semaines dans une activité manuelle et de seulement une semaine dans une activité intellectuelle, n'est en l'occurrence pas pertinent, dans la mesure où l'on ne saurait fixer un retour au *statu quo sine vel ante* de manière abstraite, sans se fonder sur les éléments concrets ressortant du dossier.

Ainsi, à défaut d'instruction suffisante de la part de l'intimée permettant une appréciation adéquate de la question litigieuse du lien de causalité naturelle entre l'accident et les troubles dont souffrait le recourant au poignet gauche postérieurement au 14 juin 2017, il se justifie d'annuler la décision sur opposition et de renvoyer la cause à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision sujette à opposition.

14. Le recours sera donc admis partiellement et la décision sur opposition du 15 janvier 2019 sera annulée. La cause sera renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision.
15. Le recourant, représenté par un conseil, obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui est octroyée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; 89H al. 3 LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).
16. 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. L'admet partiellement.
3. Annule la décision sur opposition de l'intimée du 15 janvier 2019.
4. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
5. Condamne l'intimée à verser au recourant CHF 2'000.- à titre de dépens.
6. Dit que la procédure est gratuite.
7. 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