

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/22/2017

ATAS/935/2018

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 15 octobre 2018

6^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à DROISY, FRANCE, représenté
par le Syndicat UNIA

recourant

contre

SUVA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCES EN CAS
D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse, LUCERNE

intimée

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

EN FAIT

1. Monsieur à A_____ (ci-après : l'assuré) est charpentier auprès de B_____ Bois SA (ci-après : l'employeur) depuis le 1^{er} octobre 2015 et assuré à ce titre selon la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA) auprès de la caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : SUVA) et selon un contrat d'assurance accidents complémentaire LAA auprès de l'Helvetia assurances.
2. Le 17 mai 2016, il a chuté d'un camion et s'est fracturé le radius.
3. Le même jour, des radiographies du poignet et du pouce droits ont conclu à un aspect hétérogène du processus styloïde du radius, associé à la présence d'une lacune d'allure ancienne et un liseré clair atteignant la surface articulaire pouvant être également séquellaire ou récent. Status post-résection de la partie proximale du scaphoïde, avec mise en place d'une prothèse. Variante de la norme avec un ulna négatif d'environ 2mm. A corrélér à des clichés antérieurs, afin d'exclure une fracture articulaire récente du radius latéral.
4. L'assuré a été pris en charge par la doctoresse C_____, FMH médecine générale, de la permanence d'Onex, laquelle a prescrit un arrêt de travail du 17 au 29 mai 2016.
5. Le 18 mai 2016, l'employeur a annoncé l'accident à la SUVA, laquelle a pris le cas en charge.
6. Le même jour, la doctoresse D_____, chirurgie de la main à l'unité de chirurgie et de rééducation de la main (Hand & Wrist Unit SA), a écrit à la Dre C_____ qu'elle avait examiné l'assuré, lequel présentait des douleurs à la palpation de l'épiphyse distale du rachis et de la région luno-triquétrale dorsale ; des radiographies mettaient en évidence un status post-opératoire avec une bille en place, sans luxation a priori ; un scanner était demandé pour exclure une lésion osseuse.
7. Le 19 mai 2016, la Dre D_____ a certifié un arrêt de travail total du 19 mai au 1^{er} juin 2016, à réévaluer.
8. Le 1^{er} juin 2016, la Dre D_____ a prolongé l'arrêt de travail jusqu'au 3 juillet 2016, à réévaluer.
9. Le 6 juin 2016, la Dre D_____ a rempli un rapport médical intermédiaire de la SUVA attestant d'un diagnostic de fracture styloïde radiale droite sur chute de 2m dans le contexte d'os fragile ; à la question « des circonstances particulières ont-elles influencé l'évolution du traitement », elle a répondu oui « s/p prélèvement osseux radius pour cure de pseudarthrose du scaphoïde » ; le traitement consistait en de l'immobilisation.
10. Le 10 juin 2016, la Dre C_____ a rempli un rapport médical initial LAA en mentionnant une chute d'environ 180cm avec réception sur la main, puis le dos,

entraînant des douleurs intenses du poignet droit et, secondement, des lombalgies droites ; il existait des antécédents chirurgicaux importants du poignet droit ; le diagnostic était celui de contusions lombaires et suspicion de fracture du poignet.

11. Le 29 juin 2016, le docteur E_____, FMH orthopédie et chirurgie de la main (Hand & Wrist Unit SA), a attesté d'une capacité de travail totale depuis le 4 juillet 2016.
12. Le 29 juin 2016, le Dr E_____ a écrit au médecin-conseil de la SUVA en attestant d'une fracture sur l'extrémité inférieure du radius et d'un antécédent de greffon vascularisé deux à trois ans auparavant pour une pseudarthrose du scaphoïde ayant échoué et pour lequel une bille en pyrocarbone avait remplacé le pôle proximal du scaphoïde en février 2014 ; la fracture au niveau de la styloïde radiale était sur le site du greffon vascularisé due à la chute ; l'évolution était favorable malgré beaucoup de signes d'arthrose ; une éventuelle greffe spongieuse pour solidifier l'os allait être discutée en septembre ; il demandait à ce qu'il lui soit confirmé que l'accident était bien responsable de la fracture.
13. Le 5 juillet 2016, le Dr E_____ a certifié un arrêt de travail total du 6 au 25 juillet 2016, puis le 25 juillet 2016 du 26 juillet au 26 août 2016, puis le 23 août 2016 du 26 août au 26 septembre 2016.
14. Le 17 août 2016, un entretien téléphonique a eu lieu entre un représentant de la SUVA et l'assuré, lequel a indiqué que son dossier radiologique était auprès du Dr E_____.
15. Le dossier radiologique de l'assuré transmis à la SUVA comprend :
 - Un scanner du poignet droit du 19 mai 2016, concluant à « une absence de fracture récente. Stigmates post-traumatiques avec signes d'arthrose radiocarpienne. Résection de la partie proximale de l'os scaphoïde remplacée par une bille. Défaut de substance avec petite interruption de la surface articulaire du radius en regard de l'os scaphoïde ainsi que d'une importante ostéophytose partiellement fracturaire du radius distal et de l'os scaphoïde. Signes en faveur d'une bascule postérieure de l'os semi-lunaire. Arthrose discrète scaphoïdo-trapèze et trapézoïde (arthrose de Crosby). Signes en faveur d'une variance négative de l'os cubital. ».
 - Une radiographie du poignet droit du 29 juin 2016, concluant à « pas de modification significative du status par rapport au comparatif avec une résection du scaphoïde proximal et la mise en place d'une bille prothétique. On retrouve des lésions dégénératives radiocarpiennes avec de petits fragments osseux dégénératifs latéralement à l'interligne ainsi qu'une arthrose scapho-trapézo-trapézoïdienne et un défaut osseux du processus styloïde du radius. Pas de lésion traumatique récente visualisée. ».
16. Le 13 septembre 2016, le docteur F_____, médecin-conseil de la SUVA, a indiqué que l'intervention prévue par le Dr E_____ (greffe spongieuse) ne faisait pas

partie du traitement des lésions consécutives à l'accident du 17 mai 2016 ; c'était l'évolution habituelle de l'implant en pyrocarbone.

17. Le 20 septembre 2016, le Dr E_____ a prolongé l'arrêt de travail de l'assuré jusqu'au 16 octobre 2016.
18. Le 26 septembre 2016, le Dr F_____ a effectué une appréciation médicale ; les lésions existantes au niveau du radius distal étaient en grande partie séquellaires de son ancien traumatisme traité et opéré en 2014 ; le traumatisme avait déstabilisé temporairement un état pathologique antérieur ; au plus tard trois mois après l'évènement les effets délétères du traumatisme étaient éteints ; il y avait une divergence d'appréciation entre le radiologue et le chirurgien traitant sur la fracture récente ; mais au plus tard trois mois après l'évènement, les effets délétères du traumatisme étaient éteints.
19. Par décision du 3 octobre 2016, la SUVA a mis fin à ses prestations au 9 octobre 2016.
20. Le 12 octobre 2016, le Dr E_____ a prolongé l'arrêt de travail de l'assuré jusqu'au 31 octobre 2016.
21. Le 17 octobre 2016, l'assurance-maladie de l'assuré, Avenir assurance maladie SA a fait opposition à la décision de refus de la SUVA.
22. Le 31 octobre 2016, l'assuré, représenté par le syndicat UNIA, a fait opposition à la décision de la SUVA du 3 octobre 2016 en faisant valoir que le Dr E_____ avait estimé que les troubles actuels étaient dus à une fracture récente et non à une suite du sinistre de 2014 et qu'un scanner du 31 octobre 2016 allait être communiqué ; il a transmis un rapport de la doctoresse G_____, médecine générale, médecin à Poisy, France, du 20 octobre 2016 selon lequel le TDM fait ce jour retrouvait trois minuscules fragments osseux au niveau pointe styloïde radiale droite, ce qui était en faveur d'une fracture récente.
23. Le 31 octobre 2016, le docteur H_____, de l'institut chirurgical de la main et du membre supérieur, à Villeurbanne, France, a attesté d'un arrêt de travail jusqu'au 27 novembre 2016.
24. Le 1^{er} novembre 2016, l'assuré a communiqué un rapport du Dr H_____ du 31 octobre 2016, selon lequel l'assuré avait pu reprendre son travail après l'intervention effectuée trois ans auparavant, dans de très bonnes conditions ; la chute au travail avait occasionné une fracture du radius sur le site du prélèvement ancien ; même si la fracture n'était pas survenue sur un os sain, c'était la chute qui était clairement responsable de la fracture.
25. Le 7 novembre 2016, Avenir assurance maladie SA a motivé son opposition en relevant qu'il n'était pas clairement établi que les troubles actuels, qui allaient nécessiter une intervention, étaient de nature exclusivement malade ou dégénérative.

26. Le 10 novembre 2016, l'assuré a été opéré par le Dr H_____ à l'hôpital privé Jean Mermoz ; le compte rendu opératoire mentionne qu'il s'agit d'un patient porteur d'un APSI qui, à la suite d'une chute de 2 m de haut, présente une fracture de la styloïde radiale à droite favorisée par une prise de greffe ancienne et au stade de pseudarthrose (vu sur un scanner). Le diagnostic est celui de pseudarthrose d'une fracture parcellaire de la styloïde radiale droite.

L'intervention est décrite comme suit : « garrot de bras, vidange veineuse par bande biflex, pression du garrot 280 mmHg. On reprend l'incision latérale du poignet droit. On ne retrouve pas la branche sensitive du nerf radial en raison d'une fibrose intense. On aborde pas à pas la styloïde radiale en écartant les parties molles. Hémostase soigneuse sous cutanée à l'aide de la pince bipolaire puissance 20. On ouvre les tendons du 1^{er} compartiment. On retrouve ensuite un petit fragment styloïdien en pseudarthrose qui est progressivement libéré puis réséqué. Lavage. L'articulation radio-carpienne est abordée. Il existe une synovite non inflammatoire qui est excisée. Elle n'est pas inflammatoire. L'implant est visualisé. On vérifie la bonne stabilité de l'implant en place, notamment en inclinaison. Lavage abondant au sérum physiologique. Suture capsulaire au PDS 3-0. Mise en place d'un drain de manovac. Suture cutanée à points séparés de vicryl rapide 5/0. Immobilisation par une orthèse palmaire en X lite. ».

27. Le 11 novembre 2016, l'assuré a communiqué un scanner du poignet droit du 20 octobre 2016 concluant à des « séquelles de fracture du poignet traité chirurgicalement avec greffe osseuse et bille prothétique sur résection partielle du scaphoïde. Vaste lacune osseuse séquellaire au sein de la styloïde radiale. Décalfications osseuses diffuses du poignet. Présence de trois minuscules fragments osseux des parties molles au niveau de la pointe de la styloïde radiale. ».

28. Le 21 novembre 2016, le Dr F_____ a effectué une nouvelle appréciation médicale confirmant la position de la SUVA ; le bilan radiologique du 29 juin 2016 confirmait l'absence de déplacement secondaire de la fracture suite au traumatisme annoncé ; il n'y avait pas de décompensation définitive de l'état pathologique ancien ; les surfaces articulaires étaient bien conservées et il restait certainement la lacune osseuse décrite dans le rapport de scanner du 20 octobre 2016, mais elle était antérieure à l'évènement annoncé. Il était très important de souligner que la fracture de la surface articulaire pouvait être mise en rapport avec la chute, mais la lacune osseuse séquellaire n'était pas la conséquence de l'accident. A la date de la radiographie du 29 juin 2016, la situation pouvait être considérée comme stabilisée avec un retour à l'état antérieur. En conclusion, la chute n'avait pas décompensé de façon déterminante l'évolution du cas. Le Dr E_____, dans son évaluation du 29 juin 2016, proposait une reprise de l'activité avec une attelle de type Manutrain.

29. Le 28 novembre 2016, le Dr H_____ a prolongé l'arrêt de travail jusqu'au 1^{er} décembre 2016, puis le 2 décembre 2016 jusqu'au 31 décembre 2016.

30. Par décision du 2 décembre 2016, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assuré et d'Avenir assurance maladie SA en se fondant sur l'appréciation médicale du Dr F_____.

31. Le 3 janvier 2017, l'assuré, représenté par le Syndicat UNIA, a recouru auprès de la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision de la SUVA du 2 décembre 2016 en concluant à son annulation et à la prise en charge par la SUVA des suites de l'accident du 17 mai 2016 ; préalablement il a requis l'audition des Drs E_____ et H_____ et, éventuellement l'ordonnance d'une expertise.

Il ne faisait aucun doute que l'accident du 17 mai 2016 avait provoqué une fracture de son radius ; l'intimée s'était toutefois contentée d'admettre que la fracture ne modifiait pas son état pathologique, contrairement à l'avis de son médecin traitant ; même si la chute avait aggravé l'état antérieur, cette aggravation était à charge de l'intimée.

32. Le 17 janvier 2017, le recourant a communiqué un certificat du Dr H_____ du 13 janvier 2017 selon lequel il avait vu le recourant le 5 août 2016 pour une fracture de la styloïde radiale due à une chute, même si le recourant présentait une petite géode sur le même poignet.

33. Le 6 mars 2017, la SUVA a conclu au rejet du recours.

Elle a produit une appréciation chirurgicale de la doctoresse I_____, FMH chirurgie, du 3 mars 2017, selon laquelle il était évident que le recourant avait subi une fracture radius à droite, que la guérison d'une telle fracture se faisait en général sur six à douze semaines, que la mise en place d'un greffon envisagée par le Dr E_____ ne faisait pas partie du traitement de la fracture mais d'une précaution afin de prévenir de nouveaux désagréments en renforçant l'os, qu'en octobre 2016 la fracture était consolidée de sorte que la question du bien-fondé de l'opération du 10 novembre 2016 se posait, que l'accident n'avait pas décompensé de façon déterminante l'état du poignet, que le 9 octobre 2016, l'accident avait largement cessé de déployer ses effets, et que l'intervention du 10 novembre 2016 n'avait pas pour objet des atteintes accidentelles, la fracture du radius étant consolidée.

La SUVA a considéré qu'aucune pièce du dossier ne remettait en cause les conclusions de la Dre I_____ et que le Dr H_____ ne rapportait en particulier pas expressément les troubles de l'assuré à la fracture, ni ne soutenait que l'opération avait pour objet des atteintes accidentelles.

34. Le recourant n'a pas répliqué dans le délai qui lui était imparti.

35. A la demande de la chambre de céans, le Dr H_____ a rendu un avis le 16 juin 2017 selon lequel l'assuré, avait présenté une pseudarthrose du scaphoïde, qui avait été traitée dans un premier temps par greffon vascularisé avec un greffon au niveau du radius et puis, devant l'échec de la consolidation sous-scaphoïde, une intervention par mise en place d'un abcis avait été réalisée. Dans les suites de cette

intervention plusieurs mois après, il avait fait une chute d'un escabeau et avait présenté une fracture de la styloïde radiale sur la zone de l'ensemble de prélèvement. Bien évidemment, s'il n'y avait pas eu de chute, il n'y aurait pas eu de fracture, mais bien évidemment, également, l'intervention précédente avait favorisé la survenue de la fracture. Il était donc difficile d'éliminer la chute comme responsable de la fracture et également impossible de dire que sans la chirurgie précédente, il n'y aurait pas eu de fracture.

36. Le 12 juillet 2017, la SUVA a observé que l'avis du Dr H_____ du 16 juin 2017 allait dans le sens de celui de la Dresse I_____ du 3 mars 2017 ; les deux spécialistes admettaient en effet que l'intervention du 10 novembre 2016 avait concerné des atteintes antérieures à l'accident. Pour le reste, le médecin traitant ne s'exprimait pas sur l'étiologie des troubles de l'assuré. En cela, son appréciation n'était pas à même de remettre en cause les constatations médicales retenues par l'intimée sur la base de documents médicaux probants.
37. Le recourant n'a pas fait d'observations.
38. Le 14 novembre 2017, la chambre de céans a informé les parties qu'elle entendait confier une expertise au docteur J_____, spécialiste FMH en orthopédie auprès du centre de la main, Hôpital orthopédique, à Lausanne, et leur a imparti un délai au 27 novembre 2017 pour se prononcer sur une éventuelle récusation de l'expert et sur les questions libellées dans la mission d'expertise.
39. Le 17 novembre 2017, le recourant a indiqué qu'il n'avait aucun motif de récusation ni réserve quant à la mission d'expertise.
40. Le 27 novembre 2017, l'intimée a observé qu'elle n'avait pas de motif de récusation à l'encontre de l'expert mais que, ne disposant pas d'expérience dans le domaine médico-asséculo-logique, il apparaissait utile qu'il s'adjoigne les services de son collègue le docteur K_____ ; par ailleurs, les questions 1 h, 1 m, 1 n et 1 o n'étaient pas utiles car le droit à la rente et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) n'était pas litigieux ; les questions 1 i, 1 j et 1 k devaient être modifiées car elles faisaient à tort référence à une probabilité de plus de 50% qui ne reflétait pas la notion de vraisemblance prépondérante ; quant à la question 1 l 5, elle n'était pas complète ; enfin deux questions supplémentaires étaient requises.
41. Par ordonnance du 5 décembre 2017, la chambre de céans a confié l'expertise au Dr J_____.
42. Le 28 février 2018, le Dr J_____ a rendu son rapport d'expertise.

Suite à l'accident, il existait de manière certaine une fracture articulaire au niveau de la styloïde radiale, traversant la géode, zone de prélèvement osseuse. Cette fracture était due de façon certaine à l'accident. Il a posé le diagnostic de :

- Pseudarthrose du scaphoïde droite
- Arthroplastie prothétique par prothèse en pyrocarbone APSI

- Arthrose radio-carpienne
- Styloïdectomie
- Fracture de la styloïde radiale.

L'assuré présentait des limitations importantes, douleurs constantes avec gonflements, baisse de mobilité et baisse de force de la main droite.

L'accident avait décompensé un état préexistant, soit :

- une arthroplastie prothétique (prothèse APSI), pour un problème de pseudarthrose du scaphoïde droit.
- une arthrose radio-carpienne et une fragilité de l'extrémité distale du radius droit.
- une styloïdectomie radiale.

Si la fracture avait bien consolidé, comme le prouvait le résultat du scanner d'octobre 2016, selon l'expérience, des douleurs pouvaient persister longtemps après la consolidation d'une fracture de poignet et ceci même sans état pathologique sous-jacent. Une durée de six mois semblait plus juste pour fixer le moment du statu quo sine.

La dernière opération du Dr H_____ du 10 novembre 2016 était selon toute vraisemblance en rapport avec les deux précédentes interventions et n'avait pas pour objet les atteintes accidentelles. Il n'y avait pas d'atteinte à l'intégrité en lien avec l'accident.

43. Le 14 mars 2018, le recourant a observé que l'expert avait considéré que si la fracture du 17 mai 2016 était survenue sans état pathologique préexistant, ses conséquences auraient disparu après six mois ; or, le statu quo sine désignait l'état de santé sans l'accident et l'expert avait à cet égard indiqué qu'il aurait pu rester asymptomatique pendant encore quelques années ; il convenait, en cas de doute, d'entendre l'expert sur ce point ; son incapacité de travail était clairement la conséquence de l'accident.
44. Le 25 avril 2018, la SUVA a conclu à l'admission partielle du recours dans le sens que l'indemnité journalière et les frais du traitement étaient dus jusqu'au 17 novembre 2016, mais pas les frais de l'intervention du 10 novembre 2016.

Elle a communiqué une appréciation du 20 avril 2018 de la Dre L_____ ; celle-ci déclarait se rallier à l'avis de l'expert, sous réserve que les limitations fonctionnelles constatées n'étaient pas en lien avec l'accident. Il se pourrait qu'une symptomatologie douloureuse persiste au-delà de trois mois après l'accident, sauf en cas d'os sain. S'agissant de la stabilisation de l'état de santé, elle semblait donnée déjà au 29 juin 2016, selon le rapport du Dr E_____ du même jour, cela même si un arrêt de travail était survenu dès le 5 juillet 2016, car la cause des douleurs à son origine n'était pas explicitée et, en particulier, ne pouvait être, au degré de la vraisemblance prépondérante, reliée à l'accident.

Il n'existait cependant aucun motif impérieux pour s'écarter des conclusions de l'expert s'agissant du statu quo sine retenu à six mois de l'accident.

45. Le 18 juin 2018, le recourant a observé que l'expert estimait que la symptomatologie incapacitante ne serait survenue sans l'accident que quelques années après ; l'accident avait joué un rôle prépondérant, de sorte que la prise en charge était requise au-delà du 17 novembre 2016 ; s'agissant de l'intervention du 10 novembre 2016, l'expert ne discutait pas la présence d'un fragment styloïde et son origine, lequel était possiblement une conséquence de l'accident. Le Dr E_____ l'avait encouragé à reprendre une activité le 29 juin 2016 pour récupérer de la force mais non pas parce que sa situation était stabilisée, ce qui était confirmé par l'arrêt de travail du 5 juillet 2016 ; il ne prenait pas d'antalgiques malgré ses douleurs et non pas parce qu'il n'avait plus de douleurs.

L'expert avait clairement affirmé que l'accident avait décompensé l'état préexistant, en développant des douleurs très importantes de son poignet ; l'accident constituait une condition sine qua non de son incapacité de travail actuelle ; la SUVA devait prendre en charge les conséquences de l'état de santé préexistant décompensé, soit au-delà du 17 novembre 2016, y compris les frais de l'intervention du 10 novembre 2016.

46. A la demande de la chambre de céans, l'expert a rendu le 16 août 2018 un complément d'expertise.

Il a confirmé que les patients présentant un état préexistant, soit de l'arthrose radio-carpienne associée à une arthroplastie prothétique, pouvaient être parfois asymptomatiques pendant quelques années, et que si la fracture du recourant avait bien consolidé comme le prouvait le résultat du scanner d'octobre 2016, l'expérience montrait également que des douleurs pouvaient persister longtemps après la consolidation de la fracture du poignet avec ou sans état pathologique sous-jacent. Il a confirmé la date du statu quo sine à six mois, même en tenant compte de l'état préexistant du recourant. Les limitations fonctionnelles étaient dues à l'état préexistant ; l'intervention du 10 novembre 2016 n'était pas nécessaire et le fragment styloïdien et sa résection n'étaient pas une suite de l'accident.

47. Le 6 septembre 2018, la SUVA a confirmé ses conclusions.

48. Le 12 septembre 2018, le recourant a observé qu'il présentait un état asymptomatique après l'opération de 2014 et que l'expert avait indiqué que sans l'accident, son état de santé serait encore resté asymptomatique pendant quelques années ; en conséquence l'accident avait décompensé l'état pathologique préexistant ; l'expert n'avait pas répondu correctement à la question de savoir comment son état de santé aurait évolué sans l'accident, compte tenu de son état préexistant ; l'expert avait un doute sur l'origine du fragment styloïdien, lequel devait lui profiter, de sorte que l'opération du 10 novembre 2016 devait être prise en charge par la SUVA.

49. 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. A 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 du recourant 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 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.
5. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'intimée au-delà du 9 octobre 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).

7. 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 exigence 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 faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, 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 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.

8. En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé 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). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 et 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2).
9. 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).

10. 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 LPG), 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 ne s'écarte 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 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

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 LPGA 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).

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).

11. 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).
12. La procédure est régie par le principe inquisitoire, d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Car si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 261 consid. 3), sauf si l'impossibilité de

prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 372 consid. 3; RAMA 1999 n° U 344 p. 418 consid. 3).

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).

13. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d).

-
14. L'assureur-accidents a la possibilité de mettre fin avec effet ex nunc et pro futuro à son obligation d'allouer des prestations, qu'il avait initialement reconnue en versant des indemnités journalières et en prenant en charge les frais de traitement, sans devoir se fonder sur un motif de révocation (reconsidération ou révision procédurale), sauf s'il réclame les prestations allouées (cf. ATF 133 V 57 consid. 6.8; arrêt du Tribunal fédéral 8C_3/2010 du 4 août 2010 consid. 4.1). Ainsi, il peut liquider le cas en invoquant le fait que selon une appréciation correcte de l'état de fait, un événement assuré n'est jamais survenu (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1). Le Tribunal fédéral des assurances a précisé en outre que les frais de traitement et l'indemnité journalière ne constituent pas des prestations durables au sens de l'art. 17 al. 2 LPGA, de sorte que les règles présidant à la révision des prestations visées par cette disposition légale (cf. ATF 137 V 424 consid. 3.1 et la référence) ne sont pas applicables (ATF 133 V 57 consid. 6.7). En revanche, l'arrêt des rentes d'invalidité ou d'autres prestations versées pour une longue période est soumis aux conditions d'adaptation, reconsidération et révision procédurale (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1). La jurisprudence réserve les cas dans lesquels le droit à la protection de la bonne foi s'oppose à une suppression immédiate des prestations par l'assureur-accidents (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1).
15. Par ordonnance du 5 décembre 2017, la chambre de céans a confié une expertise orthopédique au Dr J_____ en considérant ce qui suit : « en l'occurrence, la situation médicale du recourant est complexe dès lors qu'il présente un état préexistant à l'accident du 17 mai 2016 ; or, ni les appréciations du Dr F_____ (des 26 septembre et 21 novembre 2016) ou de la Dre I_____ (du 3 mars 2017) qui n'ont de surcroît pas examiné le recourant, ni celle du Dr H_____ (du 16 juin 2017) ne permettent de répondre, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la question de l'incidence de l'état préexistant sur la symptomatologie et les limitations fonctionnelles survenues à la suite de l'accident du 17 mai 2016. En conséquence, il convient d'ordonner une expertise judiciaire, laquelle sera confiée au docteur J_____, FMH orthopédie, Centre de la main, Hôpital orthopédique, à Lausanne.

L'intimé requiert des modifications de la mission d'expertise. À cet égard, la chambre de céans constate que l'intimée ne démontre pas en quoi la notion de probabilité de plus de 50% ne correspondrait pas à la définition jurisprudentielle de la vraisemblance prépondérante, laquelle suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 139 V 176). Dans ce sens, le Tribunal fédéral a eu l'occasion de suivre les conclusions d'une expertise qui s'appuyait sur la notion de « vraisemblance prépondérante (> 50 %) » (ATF du 1^{er} mai 2017 8C_453/2016) ; par ailleurs, selon les lignes directrices pour l'expertise orthopédique (Swiss orthopaedics) de février 2017, « pour être reconnu par l'assurance sociale, un état de fait (par exemple l'imputabilité d'un trouble à un accident) doit être établi au

moins avec une vraisemblance prépondérante. Une supposition ou une simple possibilité ne suffisent pas.

- possibilité : vraisemblance inférieure à 50 %
- vraisemblance prépondérante : (nettement) supérieure à 50 %
- vraisemblance proche de la certitude : presque 100 % » (www.swissorthopaedics.ch)

La notion de probabilité de plus de 50 % sera en conséquence maintenue dans la présente mission d'expertise.

S'agissant des questions relatives aux limitations fonctionnelles, au traitement et au pronostic, elles seront maintenues dès lors qu'elles font partie de l'appréciation globale que l'expert doit mener dans le cadre de son évaluation.

En revanche, celle concernant l'IPAI, prématurée, sera supprimée.

Quant à la question 1 l 5, elle sera modifiée dans le sens voulu par l'intimée.

Par ailleurs, il n'est pas utile de modifier la question 1 j dès lors qu'elle requiert de l'expert qu'il se prononce sur le lien de causalité de toutes les atteintes constatées, donc également celles postérieures au 1^{er} octobre 2016. Il en est de même de la question 1 j 4 au vu des questions déjà existantes (1 j 3 et 1 j 4).

Enfin, aucun motif ne permet de douter de la compétence du Dr J_____ de mener à bien l'expertise, de sorte que la demande de l'intimée visant à ce que l'expert collabore avec le Dr K_____ sera écartée ».

16. a. En l'occurrence, l'expertise du Dr J_____ du 28 février 2018, complétée le 16 août 2018, fondée sur les pièces du dossier, comprenant une anamnèse complète, les plaintes du recourant, des diagnostics clairs, une analyse des conséquences de l'accident et de l'état préexistant sur l'état de santé du recourant, répond aux réquisits jurisprudentiels précités pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante.

L'expert a conclu à la présence d'une fracture articulaire au niveau de la styloïde radiale, traversant la géode, due à l'accident du 17 mai 2016 ; par ailleurs, il existait un état pathologique préexistant à l'accident, qui avait été décompensé par celui-ci ; les effets de l'accident et de la décompensation de l'état pathologique préexistant avaient cessé au 17 novembre 2016 (statu quo sine) ; l'intervention du 10 novembre 2016 était en rapport avec les deux précédentes interventions et la résection du fragment styloïdien n'était pas en lien avec l'accident.

b. L'intimée estime que l'expertise a pleine valeur probante et conclut à l'admission partielle du recours dans le sens que l'indemnité journalière et les frais de traitements sont dus jusqu'au 17 novembre 2016, sous réserve de l'intervention du 10 novembre 2016.

Quant au recourant, il estime que l'expertise n'est pas convaincante dès lors que l'expert donne une réponse contradictoire en affirmant, d'une part, que l'état

pathologique préexistant aurait pu rester asymptomatique pendant quelques années et, d'autre part, que le statu quo sine était atteint le 17 novembre 2016 ; par ailleurs, l'expert n'avait pas émis de certitude sur l'origine du fragment styloïdien de sorte que le doute évoqué devait lui profiter et les frais de l'intervention du 10 novembre 2016 être pris en charge par l'intimée.

Les critiques du recourant à l'égard de l'expertise judiciaire ne sont pas à même de remettre en cause la valeur probante de celle-ci.

Tout d'abord, la contradiction mise en avant par le recourant n'est qu'apparente. En effet, l'expert a estimé que la symptomatologie due à l'état préexistant se serait de toute façon manifestée en indiquant qu'il était possible que l'assuré soit asymptomatique pendant encore quelques années (expertise p. 3) ; cependant, il a précisé qu'il y avait eu décompensation non définitive de l'état pathologique ancien et stabilisation de la situation six mois après l'accident, même en tenant compte de l'état préexistant ; les limitations fonctionnelles constatées seraient, selon lui, survenues au même moment, sans l'accident (expertise p. 4 et complément d'expertise) ; en particulier, l'intervention du 10 novembre 2016 avait consisté en une excision d'ostéophyte ou de fragment osseux en lien avec les deux précédentes styloïdectomies, sans lien avec l'accident ; il a ainsi exclu que l'intervention du 10 novembre 2016 soit due à une décompensation de l'état préexistant. En d'autres termes, au vu de la consolidation de la fracture et des suites de celle-ci, aucune conséquence ne pouvait être attribuée à l'accident au-delà du 17 novembre 2016, nonobstant l'état préexistant. La possibilité que le recourant demeure asymptomatique pendant plusieurs années, formulée de manière générale, est ainsi, au vu de la fracture en cause, niée, au profit du constat que l'accident n'a pu avoir d'effet, même sur l'état pathologique préexistant, au-delà du 17 novembre 2016.

Ensuite, s'agissant de l'intervention du 10 novembre 2016, l'expert a été suffisamment précis en indiquant que le fragment styloïdien et sa résection n'étaient pas une suite de l'accident (expertise p. 4 et complément d'expertise), de sorte que, contrairement à l'avis du recourant, il n'existe pas de doute à ce sujet, qui plus est, qui pourrait lui profiter (à cet égard ATF 134 V 315 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C 610/2017 du 3 avril 2018 consid. 4.2).

17. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision litigieuse réformée dans le sens que les prestations de l'intimée sont dues jusqu'au 17 novembre 2016, à l'exception de la prise en charge de l'intervention du 10 novembre 2016.

Vu l'issue du litige, une indemnité de CHF 1'300.- sera accordée au recourant à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]), à charge de l'intimé.

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Réforme la décision de l'intimée du 2 décembre 2016, dans le sens des considérants.
4. Alloue une indemnité de CHF 1'300.- au recourant, à charge de l'intimée.
5. 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