

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3026/2016

ATAS/79/2018

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 29 janvier 2018

10^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à PLAN-LES-OUATES, comparant
avec élection de domicile en l'étude de Maître Luigi CATTANEO

recourant

contre

SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS
D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE

intimée

**Siégeant : Mario-Dominique TORELLO, Président; Pierre-Bernard PETITAT et
Georges ZUFFEREY, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né en 1966, travaillait depuis 1988 B_____ Groupe (ci-après : l'employeur) et était, à ce titre, assuré pour les accidents professionnels et non professionnels auprès de la SUVA, caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : l'assureur-accidents).
2. Le 1^{er} juin 2015, l'assuré a été licencié pour le 30 septembre 2015.
3. Le 9 août 2015, l'assuré, en descendant les escaliers, a raté une marche, basculé en avant et est tombé sur sa main (déclaration de sinistre du 19 août 2015).
4. Le 12 août 2015, des radiographies du poignet droit n'ont pas mis en évidence d'anomalies (rapport du 13 août 2015 du professeur C_____, spécialiste FMH en radiologie).
5. Les suites de l'accident ont été prises en charge par l'assureur-accidents.
6. Par rapport du 7 septembre 2015, le docteur D_____, médecin interniste, a indiqué que l'assuré avait chuté dans les escaliers sur la main droite. Le médecin a diagnostiqué une entorse au poignet droit. Il n'y avait pas d'hématome, pas de déformation, ni de fracture. L'assuré devait porter une attelle.
7. Par rapport du 14 septembre 2015, le docteur E_____, spécialiste FMH en médecine interne générale et médecin traitant, a diagnostiqué une entorse au poignet droit. L'évolution était lentement favorable. La mobilisation restait douloureuse et une reprise du travail n'était pas d'actualité. L'assuré avait eu un ancien traumatisme au poignet droit, avec une opération tendineuse.
8. Le 1^{er} octobre 2015, l'assuré a été examiné par le docteur F_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de l'assureur-accidents. Par rapport du 5 octobre 2015, le médecin a diagnostiqué un status après traumatisme du poignet, suite à une chute de sa hauteur, chez un assuré porteur de séquelles d'un traumatisme de la main quand il avait 18 ans. Malgré un traitement de physiothérapie, d'immobilisation et d'anti-inflammatoires, la récupération n'était pas complète à bientôt deux mois de l'événement. Selon le médecin, le bilan radiographique du 12 août 2015 était de qualité moyenne, ce qui limitait l'interprétation. Pour le Dr F_____, il y avait une inclinaison partielle en DISI au niveau du semi-lunaire ainsi que de l'arthrose, ce que contestait le Prof. C_____. Le médecin recommandait un nouveau bilan radiologique et un séjour auprès de la Clinique romande de réadaptation (ci-après : la CRR).
9. Par rapport du 27 novembre 2015, le Dr E_____ a indiqué notamment que l'évolution avait été d'abord favorable, puis elle avait stagné, avec la persistance de douleurs à la mobilisation.
10. Du 27 octobre au 1^{er} décembre 2015, l'assuré a séjourné à la CRR. Par rapport du 9 décembre 2015, le docteur G_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, a diagnostiqué des douleurs chroniques au poignet droit, une lésion du

ligament triangulaire fibro-cartilagineux complexe du carpe (TFCC) droit, une infiltration du TFCC droit le 20 novembre 2015, une chute dans les escaliers avec traumatisme en extension des mains et contusions costales (le 9 août 2015), un antécédent d'écrasement du poignet droit en 1984, avec notion d'opération tendineuse, un antécédent de traumatisme de l'IPD du 2^{ème} doigt droit, opéré, ainsi que de légères neuropathies sensitives axonales du nerf radial superficiel et de la branche cutanée dorsale du nerf ulnaire droits (ENMG du 13 novembre 2015).

Les plaintes et les limitations fonctionnelles étaient des douleurs de la face dorsale et palmaire du poignet droit, prédominant sur les côtés en regard de la styloïde ulnaire et radiale, s'étendant postérieurement jusqu'à l'épaule droite. Les douleurs étaient comme des piqûres, réveillant l'assuré la nuit et associées à un endormissement et à des fourmillements le matin du membre supérieur droit. Il existait une raideur matinale d'environ une heure au poignet droit et aux doigts et une perte de la sensibilité et de la force à la main et au poignet droits.

L'arthro-imagerie à résonance magnétique (ci-après : IRM) effectuée le 9 novembre 2015 avait révélé une déchirure palmaire du TFCC sans rupture complète, des signes de lésions des ligaments extrinsèques dorsaux avec déchirure interstitielle dorsale du ligament scapho-triquétal et un amincissement cartilagineux en miroir trapézoïdio-scaphoïdien. Une infiltration avait été réalisée, qui n'avait pas amené d'amélioration.

Aucun diagnostic psychopathologique n'avait été retenu chez un assuré ayant été marqué par son licenciement et qui pouvait se projeter dans une activité future. La participation de l'assuré aux thérapies avait été considérée comme élevée.

Les plaintes et les limitations fonctionnelles s'expliquaient principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour. Les limitations fonctionnelles provisoires étaient les activités nécessitant des mouvements répétitifs du poignet droit en inclinaison ulnaire et les ports répétés de charges supérieures à 5 kg. La situation n'était pas stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles. À la sortie, il convenait de poursuivre les séances d'ergothérapie et de physiothérapie et une stabilisation médicale était attendue début 2016. Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité était limité par des facteurs non-médicaux chez un assuré qui avait été licencié. Une reprise médico-théorique dès le début 2016 était à prévoir. Enfin, l'incapacité de travail dans la profession actuelle de responsable de fabrication dans l'horlogerie était totale jusqu'au 31 décembre 2015.

Au rapport du Dr G_____ étaient joints notamment :

- un rapport du 28 octobre 2015 du docteur H_____, FMH en radiologie, constatant un antécédent de fracture bi-styloïdienne radio-ulnaire distale, un aspect en SLAC I à droite (franc contact osseux stylo-scaphoïdien droit) et des remaniements dégénératifs scapho-trapézoïdiens et trapéziens à droite.

-
- un rapport du 10 novembre 2015 où le docteur I_____, spécialiste FMH en radiologie, a indiqué que l'arthro-IRM du poignet droit révélait un diastasis de l'interligne articulaire scapho-trapézoïdienne en rapport avec une déchirure ligamentaire partielle du ligament extrinsèque du carpe (ligament scapho-triquétral) associant un amincissement cartilagineux en miroir trapézoïdo-scaphoïdien et à une déchirure du TFC (Palmer 1B) sans rupture complète ;
 - un rapport du 13 novembre 2015 du docteur J_____, spécialiste FMH en neurologie, indiquant que l'assuré était connu pour un écrasement de la main droite à l'âge de 17 ans, nécessitant deux opérations avec réparation des tendons avec une légère adhérence des extenseurs, mais lui permettant de retrouver une excellente fonction de la main droite. Suite à un examen, le médecin a constaté une légère atteinte sensitive axonale du nerf radial superficiel et de la branche cutanée dorsale du nerf ulnaire droit, vraisemblablement en lien avec l'écrasement de la main à l'âge de 17 ans (rapport du 13 novembre 2015).
11. Le 1^{er} février 2016, l'assuré a été engagé à 50 % en qualité de responsable de production auprès de K_____ SA.
 12. Le 13 février 2016, le Dr E_____ a relevé que des douleurs et une diminution de la force au niveau du poignet droit persistaient. Le traitement consistait en la prise de médicaments, le port d'une attelle, des séances de physiothérapie et d'ergothérapie. L'incapacité de travail était de 50 % depuis le 1^{er} février 2016.
 13. Lors d'un entretien téléphonique avec l'assureur-accidents le 1^{er} mars 2016, l'assuré a expliqué qu'il s'occupait de diriger une petite équipe et de l'organisation administrative. Il avait de la peine à utiliser la souris de l'ordinateur car au bout d'un certain temps, il avait de vives douleurs dans son poignet. Le port de charges lui était impossible pour le moment.
 14. Le 14 mars 2016, le Dr F_____ a indiqué qu'une reprise à 100 % était prévisible en avril.
 15. Par rapport du 27 avril 2016, le Dr E_____ a relevé la persistance de douleurs en rotation du poignet et lors de l'utilisation de la "pince". La force était également diminuée (maximum 5 kg). L'incapacité de travail était toujours de 50 %.
 16. Par rapport du même jour, le Dr F_____ a indiqué que selon le rapport de la CRR, l'assuré avait présenté un traumatisme au poignet à l'âge de 17 ans, ce qui avait été confirmé par des séquelles neurologiques constatées lors du séjour à la CRR. Le Dr F_____ a noté qu'actuellement il persistait certes quelques lésions sensibles qui étaient antérieures à l'accident assuré et qui n'avaient pas été modifiées d'une façon déterminante. Vu les constatations des médecins de la CRR, le Dr F_____ estimait que six mois après la sortie de la CRR, le retour à l'état antérieur pouvait être considéré comme atteint. La lésion ligamentaire du poignet était incomplète et ne justifiait pas, à elle seule, l'incapacité de travail partielle actuelle. Le médecin rappelait que la CRR avait proposé le retour à l'ancienne activité en début d'année 2016. Dans ces conditions, l'incapacité de travail ne pouvait pas être considérée
-

comme la conséquence de l'événement traumatique signalé en août 2015. Elle pouvait être justifiée, mais en lien probable avec les antécédents traumatiques anciens. En conclusion, le retour à l'état antérieur était proposé huit mois après l'accident, en l'absence de lésion déterminante susceptible d'influencer définitivement l'état antérieur.

17. Par décision du 4 mai 2016, l'assureur-accidents a mis fin au paiement des prestations au 11 mai 2016, au motif que les troubles qui subsistaient n'étaient plus en relation de causalité pour le moins probable avec l'accident.
18. Le 30 mai 2016, l'assuré a contesté cette décision. Il avait toujours des douleurs et des chocs électriques jour et nuit et souhaitait être examiné par un médecin spécialiste de la main.
19. Le Dr E_____ a attesté qu'une incapacité de travail de 50 % persistait.
20. Par décision sur opposition du 7 juillet 2016, l'assureur-accidents a maintenu sa position. Les médecins de la CRR avaient diagnostiqué une lésion du TFCC et de légères neuropathies sensitives. Les séquelles neurologiques étaient à mettre sur le compte de l'accident de 1983 ou 1984 qui ne concernait pas l'assureur-accidents. Les médecins de la CRR avaient déclaré l'assuré apte au travail en plein en tant que responsable de fabrication dans l'horlogerie dès le 1^{er} janvier 2016. Le Dr F_____ avait certifié qu'à six mois de la sortie de la CRR, le retour à l'état antérieur pouvait être considéré comme atteint. La lésion ligamentaire du poignet était incomplète et ne justifiait pas, à elle seule, l'incapacité de travail partielle actuelle. L'incapacité de travail pouvait être justifiée en lien avec les antécédents traumatiques anciens. Le fait que le Dr E_____ continue à attester une incapacité de 50 % en raison de l'accident ne permettait pas de douter de l'analyse effectuée en toute connaissance de cause par le Dr F_____. Le Dr E_____ ne s'était pas penché sur l'étiologie des troubles présentés par l'assuré. Par conséquent, la décision du 4 mai 2016 était confirmée et s'agissant des troubles neurologiques, l'assuré était prié de s'adresser à son assureur-maladie.
21. Par acte du 13 septembre 2016, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, a interjeté recours contre cette décision, concluant, sous suite de frais et dépens, préalablement, à la mise en œuvre d'une expertise, principalement, à l'annulation de la décision et à la reprise du versement des prestations à compter du 12 mai 2016. Le recourant a expliqué notamment qu'en 1984, il avait subi une lésion à la main droite et avait été opéré aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) par le docteur L_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et chirurgie de la main. Depuis lors, il n'avait plus eu aucune lésion, ni séquelle, ni douleurs. Lors de son accident du 9 août 2015, il était tombé dans les escaliers et avait chuté sur sa main droite. Les mouvements rotatifs de la main, du poignet et de l'avant-bras lui étaient insupportables. Il ne pouvait plus porter de poids ou utiliser son ordinateur. Il avait des douleurs, des fourmillements, des engourdissements, une perte de mobilité et de

force. En raison de ses douleurs, il n'avait pas pu reprendre une activité professionnelle à plus de 50 % à compter de février 2016.

Le 5 septembre 2016, il avait consulté le docteur M_____, spécialiste FMH en chirurgie de la main, qui avait craint des lésions du ligament triangulaire du poignet. Il l'avait dirigé vers le docteur N_____, spécialiste FMH en chirurgie de la main, que le recourant devait voir le 14 septembre 2016.

Le recourant a fait valoir notamment que l'intimée avait pris sa décision sans le soumettre à un nouvel examen alors que les médecins de la CRR avaient constaté que la situation n'était pas stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles et que son médecin traitant attestait que son incapacité de travail était de 50 % depuis le 1^{er} février 2016 suite à l'accident du mois d'août 2015. L'intimée n'expliquait en outre pas en quoi les conséquences délétères de l'accident du 9 août 2015 s'étaient éteintes. Au vu des appréciations médicales contradictoires dans le dossier, l'intimée aurait dû faire examiner le recourant avant de rendre sa décision.

À l'appui de son recours, le recourant a produit notamment :

- un bilan d'ergothérapie du 13 mai 2016 établi par Madame O_____ ;
- un courrier du 21 juillet 2016 de Mutuel Assurances SA relevant que le recourant signalait la persistance de douleurs qu'il attribuait de manière exclusive à l'accident du 9 août 2015. Or, en tant qu'assureur-maladie, il ne pouvait intervenir pour le versement de l'indemnité journalière consécutive à un accident ;
- un rapport du 26 août 2016 du Dr E_____ selon lequel le recourant était toujours suivi médicalement; il présentait des gênes quotidiennes et professionnelles résiduelles (tenue d'objets lourds, manque de force, manipulation de la souris de l'ordinateur, douleurs récurrentes le réveillant la nuit et augmentées à l'effort) ;
- un rapport du 7 septembre 2016 du Dr E_____, selon lequel il existait une suspicion de lésions du ligament triangulaire du poignet, laquelle était en cours d'investigation chez le Dr N_____.

22. Le 30 septembre 2016, le recourant a produit un rapport établi le 20 septembre 2016 par le Dr N_____. Ce médecin a indiqué que le recourant présentait, à la suite d'une chute dans l'escalier survenue en août 2015, des douleurs du compartiment ulnaire du poignet droit. Ces douleurs étaient particulièrement marquées à la pronosupination et entraînaient une perte de la force. À l'examen clinique, il existait une tuméfaction du tendon de l'extenseur ulnaire du carpe (ci-après : ECU) qui était douloureux et subluxé à la palpation. La radio-cubitale inférieure était un peu laxa, mais pas instable. La palpation du TFCC déclenchait une douleur tout comme la déviation ulnaire du poignet. Le médecin notait que le recourant présentait également des séquelles d'un accident de la voie

publique, se caractérisant par un revêtement cutané de greffe de peau totale. Les radiographies montraient d'une part une augmentation de l'espace radio-ulnaire, un index radio-cubital augmenté et une déchirure du TFCC. Le médecin préconisait un recentrage de l'ECU, une ostéotomie de raccourcissement du cubitus et une éventuelle réinsertion du TFCC. Il s'agissait de la suite directe d'un accident étant précisé que le recourant ne souffrait d'aucune maladie rhumatismale susceptible de provoquer cette pathologie.

23. Par réponse du 14 décembre 2016, l'intimée a conclu, sous suite de frais et dépens, au rejet du recours. Elle a relevé notamment que les médecins de la CRR avaient diagnostiqué une déchirure palmaire du ligament triangulaire (TFCC) sans rupture complète et de légères neuropathies sensitives axonales du nerf radial superficiel et de la branche cutanée dorsale du nerf ulnaire droit. Ces lésions objectives expliquaient la symptomatologie du recourant. Cela étant, ils avaient imputé les atteintes neurologiques au traumatisme de 1984 et la lésion ligamentaire avait également été rapportée à ce premier événement. Ils n'avaient retenu, au titre de diagnostic relatif à l'accident de 2015, qu'une extension des mains et des contusions costales. Par conséquent, le Dr F_____ avait nié toute causalité entre l'accident de 2015 et les troubles persistants. La décision de mettre fin aux prestations faisait donc suite à une instruction précise et complète des circonstances déterminantes au plan médical. Le rapport des médecins de la CRR et l'appréciation du Dr F_____ satisfaisaient aux conditions relatives à la valeur probante. Le Dr N_____ avait certes retenu que les troubles litigieux étaient la suite directe d'un accident. Cela étant, il n'imputait pas les symptômes observés à l'événement de 2015, mais bien aux lésions objectives du recourant. Or, rien ne permettait d'admettre que ce médecin entendait s'écarter de l'avis de ses confrères selon lequel les atteintes en question constituent des suites de l'événement de 1984. Le fait que des douleurs soient apparues après l'accident ne permettait pas d'établir l'existence d'un lien de causalité. Enfin, le docteur P_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur auprès de l'intimée, avait expressément exclu - dans un avis du 22 novembre 2016 que l'intimée versait à la procédure - que les conclusions du Dr N_____ soient de nature à remettre en cause celles du Dr F_____.

Selon le rapport précité du Dr P_____, l'IRM effectuée à la CRR avait révélé une lésion du ligament triangulaire du carpe (TFCC) de type Palmer 1B et une déchirure ligamentaire partielle du ligament extrinsèque du carpe scapho-triquétral, avec chondropathie en miroir au niveau trapézoïdo-scaphoïdien.

Le médecin s'étonnait que le diagnostic d'anciennes fractures des styloïdes radiale et ulnaire n'ait pas été évoqué par ses confrères, à l'exception du Dr H_____ de la CRR. Ces fractures étaient dues à l'accident de 1984. Par conséquent, le recourant avait certainement les antécédents de status après fractures des styloïdes, perte de substance cutanée et/ou sous-cutanée dorsale du poignet droit et probables dégâts tendineux traités chirurgicalement.

Le 9 août 2015, le recourant avait été victime d'une chute, avec une réception sur les deux mains, avec hyperextension des poignets. La chute n'avait pas nécessité de consultation en urgence. Elle n'avait entraîné ni hématome ou déformation, ni lésion osseuse aiguë visible radiologiquement.

La question était de savoir si les diagnostics mis en évidence aux décours de l'accident du 9 août 2015 – autres que le status après fractures des styloïdes et le status après greffe de peau totale pour perte de substance au niveau dorsal du poignet droit – étaient à considérer comme des suites tardives de l'accident de 1984 (lésions dégénératives post-traumatiques) ou s'il s'agissait de lésions aiguës, conséquence de l'accident du 9 août 2015, s'étant surajoutées au status séquellaire identifié.

Selon le médecin, les diagnostics constatés par les médecins de la CRR étaient une déchirure partielle du ligament extrinsèque du carpe scapho-triquétral, une déchirure partielle du TFCC type Palmer 1B, une chondropathie scaphoïdo-trapézoïdienne et un SLAC de type I. Cliniquement, le Dr N_____ avait ensuite retenu une instabilité de l'extenseur ulnaire du carpe. En outre, suite à un examen complémentaire, une souffrance axonale des nerfs sensitifs dorsaux de la main, à savoir de la branche cutanée du nerf radial et de la branche dorsale du nerf ulnaire, avait été retenue.

Le Dr P_____ a rappelé que le recourant avait subi un traumatisme des deux poignets en se réceptionnant d'une chute en avant après avoir manqué une marche. On pouvait donc en déduire un impact palmaire bilatéral, éventuellement couplé avec une extension des poignets.

Vu ce mécanisme, en l'absence de lésion au niveau palmaire et en l'absence de fracture, la lésion du ligament scapho-triquétral dorsal ne saurait être explicable biomécaniquement par l'accident du 9 août 2015. En effet, pour léser cette structure superficielle du dos de la main, en l'occurrence d'importance relative pour la stabilité du carpe par rapport aux ligaments palmaires, il aurait fallu au contraire un mécanisme en flexion palmaire forcée, le ligament étant en position de détente en position d'hyperextension, ce qui avait pour corollaire qu'il n'avait pas pu y avoir de mise en tension excessive de ce ligament qui pourrait expliquer la déchirure constatée. Du point de vue biomécanique, une lésion du ligament extrinsèque du carpe en conséquence d'un impact palmaire avec hyperextension ne serait possible qu'en concomitance avec une déchirure des ligaments intrinsèques palmaires et dorsaux, en particulier au niveau scapho-lunaire, ce qui n'avait clairement pas été mis en évidence chez le recourant. En revanche, vu les antécédents traumatiques de 1984 avec une importante perte de substance dorsale, il n'apparaissait pas surprenant qu'on puisse constater au niveau des ligaments du carpe les plus superficiels quelques remaniements cicatriciels, pouvant être interprétés comme une déchirure partielle. Ainsi, la lésion partielle du ligament dorsal scapho-triquétral correspondait à une séquelle de l'accident de 1984.

Selon le même raisonnement, les atteintes neurologiques sensibles correspondaient également à des séquelles de l'accident de 1984. Les lésions de ces nerfs n'étaient ni une conséquence de la chute du 9 août 2015, ni même une aggravation du status préexistant. En revanche, les dégâts subis aux parties molles en 1984 rendaient évident le lien de causalité entre cet accident et les troubles sensitifs persistants constatés cliniquement, ces nerfs se situant dans le plan sous-cutané.

Les remarques concernant la biomécanique de la chute du 9 août 2015 et l'atteinte aux parties molles antécédentes faisaient dire qu'il y avait lieu de considérer également que l'instabilité du tendon de l'extenseur ulnaire du carpe était une séquelle de 1984 et qu'il n'y avait pas lieu de retenir une aggravation de l'état préexistant due à cette chute de 2015.

S'agissant de lésion du TFCC, chez le recourant, elle s'accompagnait de remaniements qui évoquaient au Dr P_____ en premier lieu un status cicatriciel. À trois mois du traumatisme, on ne pouvait exclure complètement que cette déchirure ou cette cicatrice puisse être récente mais, en considération des antécédents de fracture de la styloïde ulnaire, la probabilité que cette lésion partielle du TFCC et présentant des remaniements d'aspect cicatriciel soit une séquelle de l'accident de 1984 apparaissait nettement plus haute, rappelant que si les lésions du TFCC isolées existent, elles restaient avant tout associées aux fractures du poignet. En revanche, il était clair qu'en considération de cette lésion partielle mais également d'une variante ulna plus, on pouvait admettre que nonobstant un traumatisme qui n'apparaissait pas avoir été à haute énergie, le recourant ait pu présenter une symptomatologie en rapport avec cette lésion, comme cela avait été constaté de manière congruente au décours de la chute du 9 août 2015.

Si la plupart des troubles constatés pouvaient s'expliquer sur une base anatomique, en l'absence de lésion aiguë surajoutée dans les suites de l'accident du 9 août 2015, le médecin s'étonnait quelque peu de la durée des symptômes persistants et de la perte de la force constatée lors du séjour à la CRR.

En résumé, le recourant présentait des troubles qui apparaissaient en rapport avec le cadre pathologique mis en évidence, nonobstant quelques incongruences du point de vue des répercussions fonctionnelles. Ce cadre pathologique, dont l'origine était à chercher dans l'accident de 1984, avait été décompensé symptomatiquement et donc de manière transitoire par l'accident de 2015. En l'absence de lésions structurelles surajoutées en conséquence de ce dernier événement, la définition du statu quo sine à plus de six mois de l'accident apparaissait tout à fait congruente, même en considération du status préexistant.

Son avis rejoignait ainsi celui du Dr F_____, mais il n'entraînait pas non plus en contradiction avec les termes du rapport du 20 septembre 2016 du Dr N_____. En effet, le Dr N_____ écrivait que le cadre nosologique était de nature traumatique et non d'origine dégénérative sur base malade. En revanche, il ne précisait pas si

ce cadre post-traumatique était la conséquence de l'accident de 1984 ou de celui de 2015.

Le Dr P_____ concordait avec son confrère quant à l'origine traumatique des lésions mises en évidence et pour l'absence d'arguments ou d'indices d'une maladie rhumatismale à l'origine de ces mêmes lésions, tout en précisant que l'origine des lésions était à chercher dans l'accident de 1984 et non dans celui de 2015. Ainsi, les différents gestes réparateurs proposés par le Dr N_____ ne visaient pas à corriger des troubles pouvant résulter de la chute de 2015, mais bien des anomalies conséquences de l'ancien accident (ostéotomie du cubitus, recentrage de l'extenseur ulnaire du carpe et éventuelle refixation du TFCC). En conclusion, le rapport du Dr N_____ du 20 septembre 2016 était en concordance avec les conclusions des services médicaux de l'intimée, qui avaient conclu que les troubles et les lésions présentés par le recourant au poignet droit étaient de nature post-traumatique ancienne, en status après l'accident de la voie publique en 1984.

24. Par réplique du 21 février 2017, le recourant a fait valoir notamment que le Dr N_____ s'écartait de l'avis de ses confrères puisqu'il imputait les atteintes à l'accident de 2015. Le recourant a contesté l'avis du Dr P_____, précisant notamment qu'il s'était réceptionné sur la main, le poignet et l'épaule droits et qu'il s'était rendu aux urgences au Portugal le jour de la chute. Le recourant a relevé que le Dr P_____ admettait d'ailleurs un lien de causalité entre la chute du 9 août 2015 et l'état clinique subséquent. Le recourant contestait que la cause des troubles du poignet droit soit autre que l'accident du 9 août 2015.

Il a versé à la procédure notamment :

- le rapport du 20 septembre 2016 du Dr N_____ que celui-ci a complété en précisant qu'il s'agissait de la suite directe de l'accident d'août 2015 ;
- un rapport du 24 janvier 2017 du Dr N_____ rappelant que le recourant avait été victime d'une chute dans l'escalier avec réception sur le poignet et l'épaule droits. La radiographie du poignet montrait un index radio-cubital positif avec un conflit entre la styloïde ulnaire et le triquétrum avec une dissociation partielle de la radio-cubitale inférieure. Le recourant présentait une instabilité du tendon ECU, un syndrome de compression ulno-carpien et stylo-carpien et une déchirure du TFCC. Ce dernier diagnostic n'était pas contestable puisqu'il faisait partie des diagnostics retenus par la CRR. Le Dr N_____ s'étonnait de la non-reconnaissance d'une telle lésion comme accident puisqu'il y avait eu un événement inattendu et compatible avec les lésions présentes. On savait que les lésions traumatiques de la radio-cubitale inférieure, en particulier du TFCC, pouvaient évoluer d'abord favorablement sous traitement conservateur, comme celui qu'avait eu le recourant, pour s'aggraver secondairement. C'était la situation dans laquelle on se trouvait en ce moment et à ce titre, il paraissait légitime que la responsabilité de l'intimée se poursuive.

25. Par duplique du 15 mars 2017, l'intimée a relevé que le Dr N_____ réitérait que les atteintes du recourant étaient de nature traumatique. Pour autant, il ne soutenait pas que celles-ci se présentaient en relation de causalité avec l'accident assuré, ni ne remettait en cause les conclusions y relatives de ses confrères. Ce nouveau document ne permettait pas de s'écarter des circonstances retenues à la base de la décision entreprise.
26. Le 12 avril 2017, le recourant a produit un rapport du 4 avril 2017 du Dr N_____ indiquant que le recourant présentait un problème au niveau de la radio-cubitale inférieure du poignet droit qui entraînait des douleurs à la pronosupination et à la prise de force en serrage. Le diagnostic posé avait été celui de déchirure du TFCC et de compression ulno-carpienne et stylo-carpienne avec tendinite de l'ECU d'accompagnement. Si ce diagnostic n'était pas contesté, la relation de causalité avec l'accident de 2015 (chute dans les escaliers avec réception sur le poignet droit en extension) était mise en doute au motif que le recourant avait déjà été victime d'un accident en 1984 au poignet et que l'état actuel serait consécutif au premier accident. Le Dr N_____ a expliqué que l'accident en 1984 avait provoqué des plaies de la face dorsale du poignet avec des lésions tendineuses, soit un mécanisme différent de celui qui provoquerait une lésion du TFCC. Il n'avait jamais été fait mention de lésion ligamentaire lors du premier accident. Il était donc hautement probable que le problème actuel soit la conséquence directe de l'accident de 2015, dont le mécanisme était plus à même de provoquer les lésions constatées. De plus, si la pathologie actuelle datait de plus de 30 ans, le recourant aurait eu des lésions dégénératives clairement plus importantes qu'elles ne l'étaient.
27. Le 31 août 2017, la chambre de céans a transmis à l'intimée le procès-verbal de la comparution personnelle qui s'était tenue le 28 août 2017 dans la cause opposant le recourant à l'office de l'assurance-invalidité (A/4388/2016) ainsi que le chargé de pièces n°2 du recourant versé dans cette cause.
28. Par écriture du 13 octobre 2017, l'intimée a indiqué que les pièces versées à la procédure n'apparaissaient pas décisives dans la mesure où elles concernaient des atteintes sans relation de causalité avec l'accident assuré. Par ailleurs, elle produisait un avis du 4 octobre 2017 du Dr P_____, selon lequel le rapport du Dr N_____ du 4 avril 2017 n'apportait pas d'informations susceptibles de remettre en question les conclusions des services médicaux de l'intimée concernant le poignet droit du recourant dans les suites de l'accident du 9 août 2015. Le Dr N_____ postulait que l'accident de 1984 s'était soldé par une simple plaie du dos de la main avec des lésions tendineuses. Or, dans la lettre de sortie de la CRR, il était toutefois évoqué un traumatisme d'écrasement en 1984, soit un mécanisme qui ne permettait pas d'exclure une lésion du TFCC. Surtout, l'analyse des documents d'imagerie démontrait clairement des antécédents anciens de fracture du poignet droit, diagnostic auquel pouvaient être classiquement associées des lésions traumatiques du TFCC. Malgré la gravité du traumatisme initial, le recourant avait eu certes une bonne récupération fonctionnelle, mais cela ne permettait pas

d'exclure que les discrètes séquelles accidentelles aient fini par aboutir aux lésions dégénératives ensuite constatées (soit une perte de substance et des adhérences ainsi qu'un déficit léger de fonctionnalité au niveau de l'index). Le Dr P_____ a indiqué que pour les suites de l'accident assuré, le statu quo sine avait été atteint au niveau du poignet droit du recourant.

29. Après avoir adressé une copie de ce courrier au recourant, la chambre de céans a gardé la cause 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 de la 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 recours a été formé, compte tenu des fêtes du 15 juillet au 15 août 2016, dans le délai et selon la forme prescrits (art. 38 al. 4 let. b LPGA et 56ss LPGA).
5. Le litige porte sur la question de savoir si les troubles au poignet droit présentés par le recourant postérieurement au 11 mai 2016 sont en lien de causalité avec l'accident survenu le 9 août 2015.
6. a. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré 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).

b. La responsabilité de l'assureur-accident s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 337 consid. 1 ; ATF 118 V 289 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 461 consid. 5a et les références).

L'exigence afférente au rapport de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement dommageable de caractère 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 examinent 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). L'admission d'un rapport de causalité naturelle entre une atteinte à la santé et un accident assuré n'implique pas que cet accident soit une cause prépondérante ou exclusive de l'atteinte à la santé, ni qu'il en soit une cause directe ; il suffit que l'accident ait contribué, avec d'autres facteurs, à la survenance de l'atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 8C_433/2008 du 11 mars 2009).

c. Le seul 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. 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 (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc» ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b).

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 ; 129 V 402 consid. 2.2 ; 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 127 V 102 consid. 5b/bb et les références).

8. Les prestations d'assurance sont également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents, du 20 décembre 1982 - OLAA ; RS 832.202). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même atteinte qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a ; ATF 118 V 293 consid. 2c et les références).
9. a. Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA, le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. En vertu de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 9 al. 2 OLAA qui prévoit que certaines lésions corporelles sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. Les lésions des ligaments figurent parmi la liste exhaustive des lésions corporelles assimilées à un accident (art. 9 al. 2 let. g OLAA).
b. La notion de lésion assimilée à un accident a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. Aussi, les assureurs-accidents LAA doivent-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait en principe être couvert par l'assurance-maladie. Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA sont assimilées à un accident même si elles ont, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 139 V 327 consid. 3.1 ; ATF 129 V 466 ; 123 V 43 consid. 2b). Pour admettre l'existence d'un lien de causalité naturelle, il suffit que l'événement assuré soit en partie à l'origine de l'atteinte à la santé. Un état dégénératif ou morbide antérieur n'exclut pas l'existence d'une lésion corporelle assimilée à un accident, lorsque celle-ci est causée ou aggravée par un événement accidentel (voir ATF 123 V 43 consid. 2b ; ATF 116 V 145 consid. 6c ; ATF 114 V 301 consid. 3c).
c. Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (*statu quo sine*). 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). 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) sur 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). Toutefois, les lésions seront assimilées à un accident aussi longtemps que leur origine malade ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, n'est pas clairement établie. On ne se fondera donc pas simplement sur le degré de vraisemblance prépondérante pour admettre l'évolution d'une telle atteinte vers un statu quo sine. Sinon, on se trouverait à nouveau confronté, immédiatement après avoir admis l'existence d'une lésion assimilée à un accident, à la difficulté de distinguer entre l'origine accidentelle et malade de cette atteinte (arrêts du Tribunal fédéral 8C_347/2013 du 18 février 2014 consid. 3.2 ; 8C_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 4.2 ; 8C_551/2007 du 8 août 2008 consid. 4.1.2 ; 8C_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 2).

d. Ces règles sont également applicables lorsqu'une des lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA est survenue lors d'un événement répondant à la définition de l'accident au sens de l'art. 6 al. 1 LAA (arrêts du Tribunal fédéral 8C_347/2013 du 18 février 2013 consid. 3.2 ; 8C_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 4.2 ; 8C_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 3.2).

10. a. 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 (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).

b. 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. À 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).

c. 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).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Quant aux 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références).

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).

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).

11. a. Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel il appartient au juge d'établir d'office l'ensemble des faits déterminants pour la solution du litige et d'administrer, le cas échéant, les preuves nécessaires (cf. art. 43 al. 1 et 61 let. c LPGA). En principe, les parties ne supportent ni le fardeau de l'allégation ni celui de l'administration des preuves. Cette maxime doit cependant être relativisée par son corollaire, soit le devoir de collaborer des parties, lequel comprend l'obligation d'apporter, dans la mesure où cela est raisonnablement exigible, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués (ATF 138 V 86 consid. 5.2.3 ; ATF 125 V 193 consid. 2). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse (ATF 124 V 372 consid. 3 ; RAMA 1999 n° U 344 p. 418 consid. 3).

b. Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (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. 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 (VS 5/1994 220 consid. 4a). Selon la jurisprudence qui prévalait jusqu'à récemment, le juge cantonal qui estimait que les faits n'étaient pas suffisamment élucidés avait en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U.58/01 du

21 novembre 2001 consid. 5a). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a cependant modifié sa jurisprudence en ce sens que les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas du tout instruit un point médical (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4).

13. Enfin, 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).
14. a. En l'occurrence, l'intimée est d'avis que les troubles que le recourant présente au poignet droit postérieurement au 11 mai 2016 ne sont plus en lien de causalité naturelle avec l'accident survenu le 9 août 2015, ce que le recourant conteste.

Il résulte des pièces versées au dossier que suite à la chute du 9 août 2015, le diagnostic d'entorse au poignet droit a été posé. Pendant le séjour du recourant à la CRR, l'arthro-IRM du 9 novembre 2015 a révélé un diastasis de l'interligne articulaire scapho-trapézoïdienne en rapport avec une déchirure ligamentaire partielle du ligament extrinsèque du carpe (ligament scapho-triquétral) associant un amincissement cartilagineux en miroir trapézoïdo-scaphoïdien à une déchirure du ligament triangulaire fibro-cartilagineux complexe du carpe (TFCC ; Palmer 1B) sans rupture complète (rapport du 10 novembre 2015 du Dr I_____). Ces diagnostics ont été confirmés par le Dr G_____ (rapport du 9 décembre 2015), le Dr F_____ (rapport du 27 avril 2016) et le Dr P_____ (rapport du 22 novembre 2016). Lors du séjour à la CRR, le recourant présentait également une légère atteinte sensitive axonale du nerf radial superficiel et de la branche cutanée dorsale du nerf ulnaire droit (rapport du Dr J_____ du 13 novembre 2015). L'imagerie a également permis de constater un antécédent de fracture bi-styloïdienne radio-ulnaire distale, un aspect en SLAC I à droite et des remaniements dégénératifs scapho-trapézoïdiens et trapéziens à droite (rapport du Dr H_____ du 28 octobre 2015). Ont ensuite également été relevées une instabilité du tendon de l'extenseur ulnaire du carpe (ECU) et une compression ulno-carpienne et stylo-carpienne (rapport du Dr N_____ du 24 janvier 2017).

La chambre de céans relèvera que les déchirures du ligament extrinsèque du carpe (scapho-triquétral) et du ligament TFCC correspondent à des lésions des ligaments au sens de l'art. 9 al. 2 let. g OLAA. Conformément à la jurisprudence, ces lésions doivent être prises en charge par l'assureur-accidents, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs et pour autant qu'une cause extérieure ait, au moins, déclenché les symptômes.

En l'occurrence, il résulte des pièces versées au dossier qu'en date du 9 août 2015, le recourant a chuté en avant dans les escaliers et que cette chute – dont le caractère de facteur extérieur, soudain et involontaire n'est pas contesté par l'intimée – a déclenché une symptomatologie douloureuse notamment au poignet droit du recourant (rapport du Dr D_____ du 7 septembre 2015, rapport du Dr E_____ du 14 septembre 2015). Ce fait est également corroboré par les Drs G_____ et F_____ qui n'ont pas contesté que la symptomatologie douloureuse présentée par le recourant au poignet droit, suite à sa chute du 9 août 2015, justifiait un traitement médical et une incapacité de travail (rapport du Dr F_____ du 1^{er} octobre 2015 et rapport du Dr G_____ du 9 décembre 2015).

Compte tenu de ce qui précède, il est établi que la chute du 9 août 2015 a déclenché les symptômes douloureux présentés par le recourant au poignet droit.

Par ailleurs, il résulte de la lecture de l'ensemble des rapports versés au dossier, qu'aucun médecin ne fait état de l'origine exclusivement malade des déchirures du ligament scapho-triquétral et du ligament TFCC. On relèvera à cet égard que le Dr F_____ ne conteste pas que la chute du 9 août 2015 ait causé ces déchirures (rapport du 27 avril 2016). En outre, le Dr P_____ a expliqué qu'il rejoignait l'avis du Dr N_____ pour dire qu'il n'y avait pas d'arguments ou d'indices d'une maladie qui serait à l'origine de ces lésions (rapport du 22 novembre 2016, p. 7).

Cela étant, dans le cadre de la présente procédure, l'intimée fait valoir que la chute du 9 août 2015 a causé uniquement une extension des mains et des contusions costales, contestant ainsi devoir prendre en charge la déchirure du ligament scapho-triquétral et la déchirure du ligament TFCC.

Il n'est pas contesté que le recourant a subi un accident à la main droite en 1984, soit avant la survenue de l'événement assuré par l'intimée, et qui a nécessité deux interventions avec réparation des tendons (rapport du Dr J_____ du 13 novembre 2015). Il n'est pas non plus contesté que le recourant n'était pas assuré auprès de l'intimée lors de l'accident survenu en 1984. Par rapport du 22 novembre 2016, le Dr P_____ a indiqué que le recourant avait certainement des antécédents de status après fractures des styloïdes, une perte de substance cutanée et/ou sous-cutanée dorsale du poignet droit et de probables dégâts tendineux traités chirurgicalement. Il a ajouté que le 9 août 2015, le recourant avait subi un traumatisme des deux poignets en se réceptionnant d'une chute en avant. On pouvait donc en déduire un impact palmaire bilatéral, éventuellement couplé avec une extension des poignets. Selon lui, au vu du biomécanisme de la chute subie le

9 août 2015 et de l'absence de fractures, la lésion du ligament scapho-triquétral dorsal ne pouvait s'expliquer par l'accident assuré, car il aurait fallu un mécanisme en flexion palmaire forcée pour léser ce ligament.

La chambre de céans relèvera déjà que le Dr P_____ part de la prémisse erronée que le recourant se serait réceptionné sur ses deux mains en chutant en avant le 9 août 2015, pour en déduire un impact palmaire bilatéral, éventuellement couplé avec une extension des poignets. Or, les premiers rapports versés au dossier font état d'une chute sur la main droite uniquement (déclaration de sinistre du 19 août 2015 ; rapport du Dr D_____ du 7 septembre 2015 et rapport du Dr F_____ du 5 octobre 2015, p. 2). On relèvera également que l'absence d'un mécanisme en flexion palmaire forcée - invoquée par le Dr P_____ - concerne en réalité le point de savoir si le facteur extérieur qui a déclenché les symptômes revêtait un caractère extraordinaire. Or, il convient de rappeler qu'un facteur extérieur soudain et involontaire suffit, même s'il ne présente pas un caractère extraordinaire, pour assimiler à un accident une lésion ligamentaire qu'il a déclenchée. Que cette lésion ait pu se produire, en l'absence de facteur extraordinaire, uniquement parce que le ligament était déjà fragilisé ne permet pas encore d'attribuer la lésion du ligament exclusivement à une maladie.

Par ailleurs, selon le Dr P_____, vu les antécédents traumatiques avec une perte importante de substance dorsale, la lésion du ligament scapho-triquétral dorsal correspond à une séquelle de l'accident de 1984.

La chambre de céans constate qu'il résulte des rapports versés à la procédure que l'accident de 1984 n'a pas provoqué de lésions aux ligaments de la main droite du recourant, mais des lésions aux tendons qui ont nécessité des interventions chirurgicales (rapport du Dr E_____ du 14 septembre 2015 et rapport du Dr J_____ du 13 novembre 2015). Par conséquent, on ne saurait retenir que la lésion du ligament scapho-triquétral dorsal est une séquelle de l'accident de 1984.

S'agissant de la lésion du TFCC, le Dr P_____ a certes indiqué que la probabilité que cette lésion soit une séquelle de l'accident de 1984 apparaissait nettement plus haute. Il a toutefois ajouté qu'à trois mois de la chute assurée, on ne pouvait exclure complètement que cette déchirure puisse être récente, précisant que nonobstant un traumatisme qui n'apparaissait pas avoir été à haute énergie, le recourant avait pu présenter une symptomatologie en rapport avec cette lésion, comme cela avait été constaté de manière congruente au décours de la chute du 9 août 2015 (rapport du 22 novembre 2016, p. 6). Cela étant, pour contester le lien de causalité entre l'accident assuré et la lésion du TFCC, le Dr P_____ a, dans son rapport du 4 octobre 2017, indiqué que l'on ne pouvait exclure que le traumatisme subi en 1984 ait abouti à des lésions dégénératives qu'il avait relevées dans son rapport du 22 novembre 2016, soit une perte de substance, des adhérences et un déficit léger de fonctionnalité au niveau de l'index. Or, on rappellera que l'existence d'un état dégénératif antérieur à l'accident du 9 août 2015 n'est ni déterminant, ni suffisant pour nier le droit aux prestations lorsqu'il s'agit d'une lésion assimilée à un accident

au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA. En effet, la question n'est pas de savoir si les lésions revêtent une origine uniquement accidentelle, mais plutôt si elles sont manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. Ainsi, qu'une atteinte dégénérative ait vraisemblablement joué un rôle important, voire prépondérant, dans la survenance de la lésion, n'est pas déterminant (arrêts du Tribunal fédéral 8C_347/2013 du 18 février 2014 consid. 4.1 ; 8C_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 5.1). En l'occurrence, que la lésion du TFCC ait pu se produire parce que la main droite du recourant présentait une perte de substances ou des adhérences ne permet pas encore d'attribuer cette lésion exclusivement à la maladie. Au demeurant, on rappellera que le Dr P_____ a conclu à l'absence d'arguments ou d'indices d'une origine dégénérative aux lésions présentées par le recourant au poignet droit (rapport du 22 novembre 2016, p. 7).

Ainsi, dans la mesure où il n'est pas établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les deux lésions ligamentaires seraient manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, il y a lieu de conclure que la déchirure du ligament extrinsèque du carpe et la déchirure du ligament triangulaire fibro-cartilagineux complexe du carpe du poignet droit du recourant sont en lien de causalité avec la chute du 9 août 2015. L'intimée était donc tenue de prendre en charge les prestations légales relatives à ces lésions.

Il convient encore de déterminer si ces atteintes ne sont plus en lien de causalité avec l'accident à compter du 12 mai 2016.

On rappellera que conformément à la jurisprudence, ces lésions doivent être assimilées à un accident aussi longtemps que leur origine malade, à l'exclusion d'une origine accidentelle, n'est pas clairement établie. En l'occurrence, ni le rapport du Dr F_____, ni ceux du Dr P_____, sur lesquels se fonde l'intimée, ne comportent une réelle motivation quant à un retour au statu quo sine/ante dès le 12 mai 2016. En effet, force est de constater que ni le Dr F_____, ni le Dr P_____ n'expliquent pour quelles raisons les lésions des deux ligaments seraient clairement et exclusivement d'origine malade neuf mois après l'accident, puisqu'ils se contentent d'affirmer que la chute n'a pas entraîné de lésion déterminante ou structurelle (rapport du Dr F_____ du 27 avril 2016 et rapport du Dr P_____ du 22 novembre 2016, p. 7).

Ainsi, aucun rapport versé au dossier ne permet de retenir que la lésion du ligament extrinsèque du carpe et la lésion du ligament triangulaire fibro-cartilagineux complexe du carpe du poignet droit ne sont plus imputables à l'accident du 9 août 2015.

Par conséquent, c'est à tort que l'intimée a mis fin aux prestations légales au 11 mai 2016 concernant la lésion du ligament extrinsèque du carpe et la lésion du ligament triangulaire fibro-cartilagineux complexe du carpe du poignet droit du recourant.

La décision litigieuse doit être annulée pour ce premier motif.

b. S'agissant des neuropathies sensitives, de la compression ulno-carpienne et stylo-carpienne et de l'instabilité de l'ECU, la chambre de céans constate que les rapports versés au dossier ne permettent pas de déterminer, au degré de la vraisemblance, si ces troubles sont en lien de causalité naturelle avec l'accident du 9 août 2015. En effet, si le Dr P_____ a certes d'abord estimé que les atteintes neurologiques sensitives et l'instabilité du tendon de l'ECU n'avaient pas été causées par l'accident du 9 août 2015 (rapport du 22 novembre 2016, p. 5 et 6), de manière contradictoire, il a ensuite indiqué que ces atteintes s'expliquaient par une décompensation symptomatique due à la chute du 9 août 2015 (rapport précité, p. 7). Par ailleurs, le Dr J_____ a indiqué que les atteintes sensitives étaient vraisemblablement en lien avec l'accident de 1984 (rapport du 13 novembre 2015), tout comme le Dr F_____ (rapport du 27 avril 2016). Ce dernier a toutefois laissé entendre que la chute du 9 août 2015 avait joué un certain rôle par rapport à ces atteintes, en admettant que l'événement traumatique assuré ne les avait pas modifiées d'une façon « déterminante ». Enfin, le Dr N_____ a certes estimé que la compression ulno-carpienne et stylo-carpienne et l'instabilité de l'ECU sont en lien de causalité avec l'accident du 9 août 2015. La chambre de céans ne saurait toutefois se fonder uniquement sur l'avis de ce chirurgien traitant.

Compte tenu de ce qui précède, à défaut d'informations fiables et suffisantes sur l'existence d'un éventuel lien de causalité naturelle entre l'accident du 9 août 2015 et les neuropathies sensitives, la compression ulno-carpienne et stylo-carpienne et l'instabilité de l'ECU, la chambre de céans n'est pas en mesure de se déterminer sur cette question.

La décision litigieuse doit donc également être annulée pour ce motif.

La cause sera renvoyée à l'intimée, à charge pour elle de mettre en œuvre une instruction médicale complémentaire portant sur ces atteintes.

15. Le recours sera ainsi admis partiellement et la décision querellée annulée. Il sera dit que la lésion du ligament extrinsèque du carpe et la lésion du ligament triangulaire fibro-cartilagineux complexe du carpe du poignet droit du recourant sont en lien de causalité avec l'accident du 9 août 2015. L'intimée doit reprendre le versement des prestations légales relatives à ces deux atteintes à compter du 12 mai 2016 et la cause est renvoyée à l'intimée pour instruction médicale sur l'existence d'un éventuel lien de causalité naturelle entre l'accident du 9 août 2015 et les neuropathies sensitives, la compression ulno-carpienne et stylo-carpienne et l'instabilité de l'extenseur ulnaire du carpe.
16. Représenté par un mandataire, le recourant, qui obtient gain de cause, a droit à une indemnité de CHF 3'000.- à titre de dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 89 H de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10] ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).
17. 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. L'admet partiellement.
3. Annule la décision sur opposition de l'intimée du 7 juillet 2016.
4. Dit que la lésion du ligament extrinsèque du carpe (ligament scapho-triquétral) et la lésion du ligament triangulaire fibro-cartilagineux complexe du carpe du poignet droit du recourant sont en lien de causalité avec l'accident du 9 août 2015.
5. Dit que l'intimée doit reprendre le versement des prestations légales relatives à la lésion du ligament extrinsèque du carpe (ligament scapho-triquétral) et à la lésion du ligament triangulaire fibro-cartilagineux complexe du carpe du poignet droit du recourant, à compter du 12 mai 2016.
6. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
7. Condamne l'intimée à verser au recourant une indemnité de CHF 3'000.- à titre de dépens.
8. Dit que la procédure est gratuite.
9. 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

Le président

Florence SCHMUTZ

Mario-Dominique TORELLO

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