

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2438/2018

ATAS/452/2019

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 16 mai 2019

3^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié c/o Madame B_____, aux
ACACIAS, représenté par l'ASSOCIATION SUISSE DES
ASSURES (ASSUAS)

recourant

contre

CAISSE NATIONALE D'ASSURANCES EN CAS
D'ACCIDENTS (SUVA), Division juridique, Fluhmattstrasse 1,
LUCERNE

intimée

**Siégeant : Karine STECK, Présidente ; Diane BROTO et Christine LUZZATTO, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1968, a travaillé en qualité de plâtrier-peintre à 100% pour la société C_____ Sàrl dès le 1^{er} avril 2015. À ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurances en cas d'accidents (ci-après : la SUVA).
2. Le 1^{er} février 2016, l'assuré a été victime d'un accident. Selon la déclaration de sinistre du 15 février 2016, il est tombé d'une échelle dans une salle de bain et s'est blessé au bras droit.
3. Le jour même, l'assuré s'est rendu au service des urgences des Hôpitaux universitaires du canton de Genève (ci-après : les HUG) où une radiographie du poignet droit a été réalisée. Selon le rapport du 2 février 2016 du docteur D_____, spécialiste FMH en radiologie et chef de clinique au service de radiologie des HUG, cet examen a révélé des remaniements séquellaires d'aspect chronique, avec une pseudarthrose du scaphoïde, une arthrose radio-carpienne, sous forme d'ostéophytose scaphoïdienne et du processus de la styloïde radiale, et une sclérose des berges articulaires du scaphoïde-capitatum en rapport avec un SNAC Wrist (pour Scaphoid Non-union Advanced Collapse). Un kyste d'inclusion synovial du capitatum a également été constaté. En revanche, il n'y avait pas de lésion ostéoarticulaire d'allure récente visible.
4. Dans son résumé de séjour du 1^{er} février 2016, le docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et chef de clinique au service des urgences des HUG, a retenu le diagnostic d'entorse du poignet droit sur status post arthrose scapho-trapezienne et radio-scaphoïdienne sur ancienne fracture. L'assuré présentait une tuméfaction du poignet en regard de l'articulation radiocarpienne et se plaignait de douleurs à la palpation de l'articulation radiocarpienne et du scaphoïde, avec une limitation des amplitudes.
5. Le 8 février 2016, l'assuré a été examiné à la consultation de chirurgie de la main. Selon le rapport y relatif du 10 février 2016 du docteur F_____, spécialiste FMH en chirurgie de la main au département de chirurgie des HUG, un SNAC Wrist de stade IV du poignet droit a été diagnostiqué. À l'anamnèse, le spécialiste a mentionné que l'histoire de l'assuré avait débuté en 1988, avec une fracture du scaphoïde droit, traitée conservativement. L'intéressé avait déclaré ne pas avoir suivi les consignes d'immobilisation et avoir retiré son plâtre après quinze jours. Dans les suites de cette fracture, il avait décrit des douleurs sporadiques du poignet droit l'ayant amené à consulter en 1991 auprès d'une équipe médicale en Allemagne, qui lui avait parlé d'une fracture en mauvaise évolution avec une indication chirurgicale. Le patient n'avait toutefois pas suivi cet avis et avait poursuivi son activité professionnelle, avec quelques douleurs sporadiques sur le poignet. Le 1^{er} février 2016, il avait chuté dans les escaliers et subi un traumatisme direct sur le poignet droit, suite auquel les douleurs habituelles s'étaient exacerbées.

Lors de l'examen clinique, avait été relevée une tuméfaction diffuse avec un bombement capsulaire dorsal de l'interligne radio-carpien. La palpation des différents reliefs osseux du poignet reproduisait des douleurs et l'assuré était extrêmement « doléant ». La mobilité était réduite et la force diminuée. Une pseudarthrose du scaphoïde droit avec une atteinte arthrosique de type SNAC IV était retenue. Aucune nouvelle fracture n'était mise en évidence, mais une décompensation arthrosique sur un nouveau traumatisme était constatée. Une immobilisation, un glaçage régulier et des anti-inflammatoires non stéroïdiens étaient prescrits. Une intervention chirurgicale était envisagée.

6. En date du 18 février 2016, l'assuré a été soumis à un scanner de la main et du poignet droit. Dans son rapport rédigé le jour même, le Dr D_____ a conclu à un SNAC Wrist de type IV avec une atteinte médio-carpe avancée et des signes de conflit mécanique luno-hamatal, des remaniements et des fragmentations osseuses du scaphoïde qui était désaxé, une bascule du lunatum et des macrogéodes intra-osseuses des os du carpe.
7. Le 17 mars 2016, l'assuré a subi une arthrodèse scapho-luno-capito-hamatale associée à une greffe au dépend de la crête iliaque. Il ressort d'un rapport non signé des HUG du 8 avril 2016 qu'un bilan exhaustif avait été réalisé et que le diagnostic de pseudarthrose du scaphoïde avec un remaniement dégénératif et une atteinte arthrosique médiocarpienne du poignet droit avait été retenu. L'assuré avait souffert d'un réveil douloureux arthrosique post traumatique et avait été opéré, avec une bonne évolution globale et l'amendement des douleurs. L'immobilisation du poignet devait se poursuivre six semaines, puis une rééducation progressive et un contrôle de la bonne fusion de l'arthrodèse étaient prévus, six à huit semaines après l'intervention. La mise en contrainte du poignet avec un travail en force pourrait être envisagée après deux à trois mois, en fonction de l'évolution radiologique et clinique.
8. En date du 28 juin 2016, l'intéressé a été reçu par un collaborateur de la SUVA.

Selon le procès-verbal signé par l'assuré, ce dernier a fait état d'une ancienne fracture du scaphoïde droit traitée conservativement en 1988. Il a indiqué ne pas avoir suivi les consignes d'immobilisation et avoir retiré son plâtre après quinze jours. Il avait par la suite souffert de séquelles sous la forme de douleurs sporadiques du poignet droit. Le 1^{er} février 2016, il avait glissé en descendant d'une échelle. Il avait voulu éviter de tomber et le dos de la main droite avait heurté l'échelle. Il portait une attelle en permanence, sauf durant les séances de physiothérapie, et ne pouvait bouger son poignet, immobilisé par une plaque et des vis. Les anciennes douleurs, qui se manifestaient surtout lors des changements climatiques, avaient augmenté depuis l'accident et depuis l'opération du 17 mars 2016. Pendant la journée, il avait mal lorsqu'il bougeait son bras. La nuit, les douleurs étaient moins fortes, car il portait une attelle rigide.

9. Dans un rapport du 12 juillet 2016, le docteur G_____, médecin praticien FMH, a indiqué à la SUVA qu'une reprise du travail n'était pas possible et que l'assuré était incapable d'utiliser sa main droite.
10. Le 30 octobre 2016, le Dr F_____ a écrit à la SUVA que les douleurs étaient en régression, mais que la mobilité était toujours faible. La durée prévisible du traitement de physiothérapie était d'environ une année après l'opération. L'incapacité de travail était totale.
11. En date du 23 novembre 2016, l'assuré s'est à nouveau entretenu avec un collaborateur de la SUVA. Il a notamment déclaré porter une attelle plâtrée car il souffrait à nouveau de fortes douleurs au niveau du poignet droit. Il prenait des antidouleurs tous les jours et faisait de la physiothérapie deux à trois fois par semaine.
12. Le 5 décembre 2016, le Dr G_____ a qualifié l'évolution de défavorable, avec une opposition du pouce impossible.
13. En date du 15 mars 2017, l'assuré a été à nouveau reçu par un collaborateur de la SUVA. Il a confirmé avoir subi une fracture du scaphoïde en 1988 et indiqué poursuivre son traitement de rééducation.
14. Le 2 avril 2017, le docteur H_____, médecin adjoint responsable d'unité au département de chirurgie des HUG, a indiqué au Dr G_____ que les radiographies du jour mettaient en évidence une possible nécrose du pôle proximal du scaphoïde arthrodésé.
15. Par rapport du 12 mai 2017, la doctoresse I_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique auprès des HUG, a indiqué à la SUVA qu'une nouvelle intervention était prévue le 31 mai 2017, vu la mauvaise évolution du SNAC du poignet droit.
16. Le 16 mai 2017, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI).
17. Le 31 mai 2017, l'ablation du matériel d'ostéosynthèse a été pratiquée aux HUG, en raison des douleurs et de la limitation dans les amplitudes radio-carpales. Selon le compte-rendu opératoire du 13 juin 2017, le diagnostic était celui de pseudarthrose du scaphoïde symptomatique sur une nécrose secondaire et une fusion incomplète de l'arthrodèse médiocarpienne. Le bilan radio-clinique montrait une bonne fusion capitato-lunate et capitato-hamate, mais une fusion partielle scapho-lunaire, une fragmentation et une suspicion de nécrose.
18. Le 18 décembre 2017, le docteur J_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA, a considéré que l'assuré présentait une arthrose évidente et ancienne du poignet, de sorte que les troubles au niveau du poignet et de la main droits ne pouvaient être imputés au degré de la vraisemblance prépondérante à l'événement du 1^{er} février 2016. L'accident n'avait pas entraîné de lésions structurelles supplémentaires à la main et il n'y avait pas eu de nouvelle fracture. Les suites du sinistre n'avaient plus joué aucun rôle un mois

après le traumatisme, étant rappelé qu'une indication chirurgicale avait été proposée en Allemagne.

19. Le 20 février 2018, le Dr J_____ a maintenu que l'accident du 1^{er} février 2016 n'était pas responsable de la pseudarthrose du scaphoïde et de l'arthrose globale. L'assuré avait été évalué par un service de chirurgie de la main en Allemagne et une intervention chirurgicale y avait été proposée. Il était donc évident que la situation s'était encore dégradée et qu'elle nécessitait l'opération finalement réalisée en Suisse en 2016. Les éléments constatés lors de la radiographie du 1^{er} février 2016 et du scanner du 18 février 2016 confirmaient l'absence ostéo-articulaire d'allure récente. En conclusion, l'accident n'avait pas entraîné de lésion supplémentaire au poignet et à la main droite, selon les documents d'imagerie disponibles. On pouvait admettre une décompensation temporaire d'un état pathologique préalable et considérer que, six semaines après l'événement traumatique, l'accident assuré n'avait plus exercé aucune influence sur l'évolution de l'arthrose globale constatée au niveau du membre supérieur droit.
20. Par décision du 21 février 2018, la SUVA a mis un terme à ses prestations avec effet au 28 février 2018, date au-delà de laquelle elle a considéré qu'il n'y avait plus de lien de causalité entre l'accident et les troubles persistants, le statu quo ayant été atteint.

Copie de cette décision a été adressée à l'assureur-maladie de l'assuré.

21. En date du 13 mars 2018, l'assuré s'y est opposé en alléguant que le « petit traumatisme » du poignet droit dont il avait été victime en Allemagne en 1988 ne l'avait jamais empêché de travailler jusqu'au 1^{er} février 2016.
22. Le 19 mars 2018, le Dr G_____ a attesté de la persistance de séquelles (fracture compliquée du scaphoïde) et annoncé la nécessité d'une nouvelle intervention, prévue le 27 mars 2018. Le médecin traitant a énuméré les comorbidités présentées par son patient, dont un status après une ancienne fracture du scaphoïde droit en 1988, une entorse du poignet droit lors de l'accident du 1^{er} février 2016, une arthrose scapho-trapezienne importante constatée sur la radiographie du 1^{er} février 2016, un SNAC de stade IV, une pseudarthrose du scaphoïde droit associée à un remaniement arthrosique de la styloïde radiale importante relevée le 10 février 2016 et un status après une arthrodèse du scaphoïde droit avec une greffe iliaque le 17 mars 2016, et une pseudarthrose du scaphoïde droit avec une nécrose du pôle supérieur selon le rapport du 2 avril 2017.
23. Dans un rapport du 4 avril 2018, le Dr F_____ a indiqué à la SUVA que, malgré un traitement antalgique bien conduit, l'assuré demeurait symptomatique et qu'une reprise professionnelle n'était pas adéquate. Les douleurs du patient, mécaniques, évaluées entre 7 et 8/10, étaient exacerbées à la mobilisation et au travail de force, sans douleurs au repos. L'intéressé présentait également des douleurs neuropathiques en brûlures et en engourdissements. Un arthroscanner organisé le 8 février 2018 retrouvait une consolidation complète de l'arthrodèse médio-carpienne,

avec une importante chondropathie radio ulnaire distale et radio lunaire en faisant une pan arthrose du poignet. L'introduction d'un bracelet en cuir du poignet pour une durée de quatre mois était prévue, avec une évaluation des douleurs au terme de ce traitement conservateur. Si elles persistaient, il conviendrait alors de prévoir une nouvelle chirurgie. Il s'agissait donc d'une situation en évolution des suites du traumatisme de 2016, auquel l'ensemble des symptômes était lié. L'incapacité de travail était clairement objectivée et la reprise professionnelle en l'état impossible.

24. Les 9 et 16 avril et 1^{er} mai 2018, le Dr J_____ a maintenu son appréciation du 20 février 2018. Relevant, s'agissant de l'avis émis par le Dr F_____, l'absence de lésion déterminante lors du sinistre du 1^{er} février 2016, il a estimé qu'aucune atteinte déterminante ne pouvait être retenue suite à l'accident du 1^{er} février 2016.
25. Le 17 mai 2018, l'assureur-maladie de l'assuré a sollicité copie du dossier de l'intéressé.
26. Par courrier du 7 juin 2018, l'assureur-maladie a informé l'employeur que, selon l'appréciation médicale de la SUVA et l'analyse du dossier par son service accident, les troubles étaient en lien avec un accident survenu en 1988.
27. Par décision du 13 juin 2018, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé sa décision du 21 février 2018. La SUVA a considéré que les rapports des Drs G_____ et F_____ n'apportaient aucun élément objectif susceptible de remettre en question les conclusions de son médecin d'arrondissement. Elle a notamment rappelé que le recourant avait été victime d'un accident en Allemagne en 1988 qui s'était soldé par une fracture du scaphoïde droit, dont l'évolution avait été mauvaise, avec une indication chirurgicale.
28. Le 27 juin 2018, l'assureur-maladie a indiqué à l'assuré que l'affection ayant entraîné l'arrêt de travail n'étant pas malade, il ne lui allouerait aucune prestation.
29. Par acte du 13 juillet 2018, l'assuré, par l'intermédiaire d'un mandataire, a interjeté recours contre la décision du 13 juin 2018 en concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation et à l'octroi de prestations d'assurance de la part de l'intimée dès le 1^{er} mars 2018, en particulier les indemnités journalières.

Le recourant conteste avoir été victime d'une fracture du scaphoïde droit en Allemagne en 1988. Il allègue qu'il se trouvait alors au Kosovo et y effectuait son service militaire. Il dément avoir alors été blessé.

Le recourant invoque les rapports des Drs F_____ et G_____, dont il rappelle qu'ils concluent à une totale incapacité de travail et à une relation de causalité entre l'ensemble de ses problèmes au poignet et le traumatisme de 2016.

Il ajoute que son assureur-maladie a refusé toute prise en charge.

Le recourant produit notamment :

- des pièces photographiques destinées à démontrer sa présence au Kosovo en 1988 et 1989 ;

- des certificats du Dr G_____ prolongeant l'arrêt de travail et affirmant que les troubles actuels ne sont pas en lien avec accident de 1988, selon le rapport du Dr F_____ du 4 avril 2018 ;
- un rapport du 3 juillet 2018 du Dr K_____, aux termes celui-ci confirme une incapacité de travail suite à l'accident du 1^{er} février 2016, les diagnostics mentionnés dans son rapport du 19 mars 2018 - y ajoutant celui de douleur chronique du poignet évaluée à 8/10 le 6 décembre 2017 -, ainsi que la présence d'une allodynie et d'une chondropathie du poignet droit, selon le rapport du chirurgien de la main de mars 2018 ;
- une convocation à la consultation de chirurgie de la main le 25 juillet 2018.

30. Invitée à se déterminer, l'intimée, dans sa réponse du 17 août 2018, a conclu, avec suite de dépens, au rejet du recours.

L'intimée rappelle que le recourant lui-même a déclaré avoir été victime d'un accident en Allemagne en 1988.

Quant au Dr K_____, elle relève que ce dernier, dans un précédent rapport du 19 mars 2018, a expressément indiqué que le recourant souffrait de séquelles d'une première fracture compliquée et qualifié la blessure du 1^{er} février 2016 de simple entorse du poignet. Elle en tire la conclusion que la position désormais défendue par ce médecin, inconstante et non étayée, n'est pas de nature à contredire l'appréciation médicale de son médecin d'arrondissement.

Quant au Dr F_____, l'intimée constate que, dans son rapport du 4 avril 2018, il note que l'événement du 1^{er} février 2016 n'a fait qu'exacerber les douleurs habituelles dont souffrait le recourant avant l'événement assuré.

L'intimée retient que le recourant souffre, depuis l'accident du 1^{er} février 2016, d'une décompensation du scaphoïde droit et d'arthrose globale. Ces lésions résultent de la fracture subie en 1988, alors qu'il était à l'étranger et non assuré auprès d'elle. Selon les conclusions du Dr J_____, le rapport de causalité entre l'accident du 1^{er} février 2016 et les troubles présentés par le recourant a disparu, au degré de la vraisemblance prépondérante, six semaines après l'événement accidentel. Elle était donc plus que fondée à mettre fin à ses prestations au 28 février 2018, le recourant en ayant bénéficié pendant plus de deux ans.

31. Par écriture du 24 septembre 2018, le recourant a persisté dans les termes de son recours.

Il répète que le petit traumatisme dont il a été victime en 1988 ne l'a jamais empêché de travailler.

Il soutient que, l'intimée n'ayant pas établi les circonstances, l'ampleur et les conséquences de l'événement de 1988, il faut considérer que ses atteintes et limitations fonctionnelles actuelles au niveau du poignet droit sont bien en lien avec l'accident du 1^{er} février 2016. Son état de santé n'étant pas stabilisé, l'intimée ne pouvait cesser ses prestations avec effet au 28 février 2018.

Le recourant produit notamment :

- un rapport du 25 juillet 2018 du Dr K_____ rappelant les termes de ses précédents rapports ; le médecin ajoute que son patient souffre de troubles psychiatriques et est dorénavant pris en charge par un spécialiste de la douleur ; son état de santé s'aggrave ; il ne peut plus utiliser sa main droite et doit prendre un antidépresseur ; il souffre également de cervicalgies et de lombalgies ; son incapacité de travail est de 100% dans l'activité habituelle et de 50% dans une activité adaptée, compte tenu de l'impotence de la main droite ;
- un rapport du 9 août 2018 du Dr F_____ mentionnant la persistance, malgré les chirurgies, de douleurs mixtes neuropathiques et mécaniques pour lesquelles une nouvelle intervention est envisagée ; l'équipe d'antalgie chronique est également sollicitée pour adapter le traitement ; la capacité de travail semble fortement limitée, voire impossible, quelle que soit l'activité envisagée.

32. Le 26 octobre 2018, l'intimée a persisté dans ses conclusions.

Elle rappelle que le recourant a subi le 17 mars 2016 une arthrodèse médiocarpienne avec une excision du pôle distal du scaphoïde et qu'il présentait des signes d'évolution d'une arthrose pancarpienne. L'origine de tels troubles ne peut évidemment pas remonter au 1^{er} février 2016 seulement. Si l'entorse alors subie a pu exacerber les douleurs, l'opération du 17 mars 2016 et les troubles du recourant qui perdurent sont sans rapport de causalité avec l'événement assuré.

L'intimée souligne que le recourant a bénéficié d'une couverture d'assurance pendant plus de deux ans, soit bien au-delà de la date à laquelle le statu quo sine a été atteint, le dossier ayant été transmis au médecin d'arrondissement avec un certain retard.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions

correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA ; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Le 1^{er} janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu 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 trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

5. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations d'assurance de la part de l'intimée au-delà du 28 février 2018, en particulier des indemnités journalières.
6. a. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Conformément à l'art. 4 LPGA, est réputée accident 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.

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).

b. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet

entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références).

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. Si 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*) (RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.2). 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).

c. 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 guère, car l'assureur 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).

7. 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. 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).

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).

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

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est

généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

8. 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).

Conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral, il convient en général d'accorder la préférence aux premières déclarations de l'assuré, faites alors qu'il ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être, consciemment ou non, le fruit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 47 consid. 2a ; ATF 115 V 143 consid. 8c).

9. La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGA) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGA). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. 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). 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. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la

vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références).

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 correspond à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.3).

10. En l'espèce, l'intimée a mis un terme à ses prestations le 28 février 2018. Elle a en effet retenu, conformément aux avis du Dr J_____, qu'au-delà de cette date, les troubles du poignet droit n'étaient plus en rapport de causalité avec l'accident du 1^{er} février 2016.

Le recourant conteste cette position et invoque pour sa part les avis des Drs G_____ et F_____. Il soutient que l'ensemble de ses problèmes au niveau du poignet sont liés au traumatisme de 2016. Il dément notamment avoir été victime d'une fracture du scaphoïde et nie avoir été en Allemagne en 1988. Il a certes subi un petit traumatisme en 1988, mais celui-ci ne l'a jamais empêché de travailler.

11. a. Au préalable, la Cour de céans relève que le fait que l'intimée ait mentionné par erreur, dans la décision litigieuse, que le Dr F_____ avait mentionné un accident survenu en 1988 en Allemagne – alors que ce médecin avait seulement indiqué qu'une opération avait été suggérée dans ledit pays en 1991 -, n'est pas de nature à faire douter de la survenance d'une fracture en 1988.

En effet, plusieurs médecins ont rapporté l'existence d'une fracture du scaphoïde droit antérieure à l'accident assuré. Ainsi, le Dr E_____ a diagnostiqué un status post arthrose scapho-trapezienne et radio-scaphoïdienne sur une ancienne fracture (cf. rapport du 1^{er} février 2016) et le Dr G_____ a diagnostiqué un status après une ancienne fracture du scaphoïde droit en 1988 (cf. rapport du 19 mars 2018). Quant au Dr F_____, il a livré une anamnèse détaillée du cas. Il a ainsi expliqué que l'histoire du recourant avait débuté en 1988, avec une fracture du scaphoïde droit - sans mention de l'endroit où se trouvait alors l'intéressé - et que ce dernier avait retiré son plâtre après quinze jours, faisant fi des consignes qui lui avaient été données. Par la suite, en 1991, une indication opératoire avait été préconisée en

Allemagne, mais il n'y avait pas été donné suite le recourant avait continué à travailler et à présenter des douleurs sporadiques (cf. rapport du 10 février 2016).

Enfin, il ressort également du procès-verbal relatif à l'entretien du 28 juin 2016 entre le recourant et un collaborateur de l'intimée, document signé par l'intéressé, que ce dernier a subi une fracture du scaphoïde droit traitée conservativement en 1988, qu'il n'a pas suivi les consignes d'immobilisation et qu'il a retiré son plâtre après quinze jours, qu'il a ensuite souffert de séquelles sous forme de douleurs sporadiques du poignet droit.

Ce n'est qu'en mars 2018, à l'appui de son opposition, que le recourant a contesté pour la première fois avoir été victime d'une fracture et évoqué un « petit traumatisme ». Ces nouvelles déclarations, clairement en contradiction avec ses premières explications, ne sauraient être retenues, conformément à la jurisprudence fédérale.

La Cour de céans tient donc pour établi, au degré de la vraisemblance prépondérante requis, que le recourant a été victime d'une fracture du scaphoïde droit en 1988, qu'il a alors bénéficié d'un traitement par immobilisation plâtrée, prématurément interrompu, qu'une indication opératoire a été émise en 1991 et que l'intéressé a souffert de douleurs persistantes depuis lors. Savoir si le recourant se trouvait en Allemagne ou au Kosovo au moment de la lésion de 1988 est sans incidence aucune.

b. En ce qui concerne l'état de santé du recourant, il est rappelé que les examens radiologiques pratiqués le jour de l'accident du 1^{er} février 2016 ont révélé des remaniements séquellaires d'aspect chronique avec une pseudarthrose du scaphoïde, une arthrose radio-carpienne et un kyste. Le diagnostic de SNAC Wrist, terme qui désigne l'arthrose consécutive à une pseudarthrose du scaphoïde, de stade IV a été posé. Une nouvelle fracture ou toute autre lésion ostéoarticulaire a pu être écartée, mais une décompensation arthrosique sur un nouveau traumatisme a été constatée. Le recourant a subi une arthrodèse le 17 mars 2016 en raison de la pseudarthrose du scaphoïde avec un remaniement dégénératif et une atteinte arthrosique médiocarpienne du poignet.

Ces pathologies existaient sans contestation possible avant le traumatisme survenu le 1^{er} février 2016.

12. Dans ses rapports des 18 décembre 2017 et 20 février 2018, le Dr J_____ a retenu que la pseudarthrose du scaphoïde et l'arthrose globale ne pouvaient être imputées à l'événement du 1^{er} février 2016, au degré de la vraisemblance prépondérante. En revanche, on pouvait admettre une décompensation temporaire d'un état pathologique préalable et considérer que, six semaines après l'événement traumatique, l'accident assuré n'avait plus eu aucune influence sur l'évolution de l'arthrose globale constatée.

Ces avis se fondent sur l'étude du dossier médical du recourant, lequel comprend notamment tous les rapports pertinents des HUG, le dossier d'imagerie et les

comptes rendus opératoires. Le dossier qui a servi de base à l'établissement de ces rapports contient suffisamment d'appréciations médicales résultant d'un examen personnel du recourant. En outre, les points litigieux importants ont fait l'objet d'une analyse approfondie.

Les conclusions du médecin d'arrondissement sont claires, cohérentes et motivées, de sorte que son appréciation répond aux réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante.

13. En ce qui concerne les rapports du Dr G_____, la Cour de céans observe que les atteintes à la santé énumérées par ce médecin sont conformes à l'anamnèse, telle qu'elle ressort des différents rapports produits.

Le médecin traitant a mentionné une fracture du scaphoïde droit en 1988, une arthrose scapho-trapezienne importante constatée sur la radiographie du 1^{er} février 2016, un SNAC Wrist de stade IV, une pseudarthrose du scaphoïde droit associée à un remaniement arthrosique de la styloïde radiale importante relevée le 10 février 2016, un status après une arthrodèse du scaphoïde droit avec une greffe iliaque le 17 mars 2016, et une pseudarthrose du scaphoïde droit avec une nécrose du pôle supérieur selon le rapport du 2 avril 2017.

Dans son rapport du 19 mars 2018, il a diagnostiqué une entorse du poignet droit le 1^{er} février 2016 et indiqué que son patient souffrait de séquelles de l'accident, soit d'une « fracture compliquée du scaphoïde ». C'est dire qu'il a alors estimé que l'événement assuré avait consisté en un traumatisme relativement bénin et que les douleurs et limitations présentées par le recourant résultaient de la fracture subie en 1988.

Dans ses derniers certificats d'arrêt de travail produits à l'appui du recours, le Dr G_____ a pourtant affirmé que les troubles persistants n'étaient pas en lien avec l'accident de 1988, sans pour autant motiver ce revirement de position ni argumenter aucunement en ce sens. Étant rappelé la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant, laquelle peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci, les nouvelles conclusions du Dr G_____ ne sauraient être suivies.

14. S'agissant de l'appréciation du Dr F_____, ce spécialiste a diagnostiqué, dans son premier rapport du 10 février 2016, un SNAC du poignet droit. À l'anamnèse, il a notamment fait état d'une fracture du scaphoïde droit survenue en 1988, pour laquelle le traitement prescrit n'avait pas correctement été suivi et dont l'évolution avait été mauvaise, ce qui avait conduit des spécialistes à retenir une indication opératoire. Lors de son examen du recourant, en février 2016, il a constaté une tuméfaction diffuse avec un bombement capsulaire dorsal, soulignant qu'il n'y avait pas de nouvelle fracture et que l'évènement accidentel du 1^{er} février 2016 avait exacerbé les douleurs habituelles. Il a alors conclu à une décompensation arthrosique sur un nouveau traumatisme.

Dans son rapport du 4 avril 2018, le Dr F_____ a mentionné qu'il s'agissait d'une situation en évolution des suites du traumatisme de 2016 dont l'ensemble des symptômes y était lié. De façon incompréhensible, ce document ne fait aucune référence aux troubles importants et préexistants à l'événement assuré. Il ne rappelle pas non plus les diagnostics posés suite à l'accident du 1^{er} février 2016 (entorse du poignet droit sur un status post arthrose scapho-trapezienne et radio-scaphoïdienne sur une ancienne fracture [cf. rapport du 1^{er} février 2016 du Dr E_____]), ni le fait qu'il avait considéré à l'époque qu'il s'agissait d'une décompensation arthrosique sur un nouveau traumatisme. Faute de reposer sur une anamnèse complète et de résulter de considérations motivées, les dernières affirmations du Dr F_____, ne peuvent, elles non plus, se voir reconnaître une quelconque valeur probante.

15. Ainsi, force est de constater que le recourant n'a pas apporté d'éléments médicaux susceptibles de mettre en doute l'avis du Dr J_____, selon lequel le statu quo sine a été atteint six semaines après le sinistre du 1^{er} février 2016. Le dossier n'en contient pas davantage.

Dans ces conditions, la Cour de céans fait siennes les conclusions du Dr J_____.

L'intimée était donc fondée à retenir, conformément aux appréciations de son médecin d'arrondissement et au degré de la vraisemblance prépondérante requis, l'absence de lien de causalité naturelle entre les troubles subsistant au-delà du 28 février 2018 et l'accident du 1^{er} février 2016, ce dernier n'ayant engendré qu'une décompensation temporaire d'un état pathologique préalable, d'une durée de six semaines selon le médecin d'arrondissement.

Par ailleurs, contrairement à ce que semble croire le recourant, il n'appartient pas à l'intimée de démontrer que l'accident survenu en 1988 est responsable des troubles actuels, mais bien d'établir que l'accident du 1^{er} février 2016 n'a plus d'effets sur l'état de santé actuel de l'intéressé.

Partant, la décision de l'intimée du 13 juin 2018 peut être confirmée.

Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté.

16. L'intimée conclut à l'octroi de dépens.

De jurisprudence constante, les assureurs sociaux qui obtiennent gain de cause devant une juridiction de première instance n'ont droit à une indemnité de dépens dans aucune des branches de l'assurance sociale fédérale, sauf en cas de recours téméraire ou interjeté à la légère par l'assuré ou lorsque, en raison de la complexité du litige, on ne saurait attendre d'une caisse qu'elle se passe des services d'un avocat indépendant (ATF 126 V 143 consid. 4b).

Les conditions justifiant une dérogation à la règle n'étant pas réalisées dans le cas d'espèce, l'intimée ne peut se voir allouer une telle indemnité.

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. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La Présidente

Marie-Catherine SÉCHAUD

Karine STECK

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