

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 27 mai 2014

Présidence de Mme PASCHE
Juges : M. Bidville et Mme Moyard
Greffière : Mme Preti

Cause pendante entre :

F. _____, à [...], recourant,

et

U. _____ **SA**, à [...], intimée.

Art. 6 al. 1 LAA ; 4, 43 et 44 LPGA

E n f a i t :

A. F._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], travaille comme animateur [...] auprès de la L._____. A ce titre, il est assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès d'U._____SA (ci-après : U._____SA ou l'intimée).

Selon la déclaration d'accident-bagatelle LAA complétée le 15 août 2011 par l'employeur, la roue avant du VTT de l'assuré s'est bloquée en descente et il a chuté dans les arbres par-dessus le vélo, ressentant immédiatement des douleurs vives au poignet droit, ce en date du 6 août 2011. Le type de lésion était décrit en ces termes : « trauma, entorse, fracture possible ». Le même jour, l'assuré s'est rendu à l'Hôpital M._____, où un CR du poignet (face, profil, oblique) a été réalisé. Le Dr I._____, médecin praticien, a fait les observations suivantes :

« Fracture corporéale haute du scaphoïde. Pas d'autres fractures décelables. Le reste des structures osseuses présente une morphologie et un contenu calcique sans particularité pour l'âge.

Respect de la congruence articulaire.

Les tissus mous sont sans particularité. »

U._____SA a pris en charge le cas.

Une arthro-IRM (Imagerie par résonance magnétique) du poignet droit a été réalisée le 26 septembre 2011. La Dresse R._____, spécialiste en radiologie, a rédigé un rapport du 27 septembre 2011 à la suite de cet examen et a conclu en ces termes (cf. rubrique « conclusion » de son rapport) :

« Fracture corporéale de l'os scaphoïde associée à une discrète angulation de part et d'autre du trait de fracture.
Fuite subtile et filiforme de produit de contraste au travers du ligament scapho-lunaire opacifiant précocement le compartiment radiocarpien. Ceci est confirmé à l'IRM, où l'on visualise un fin liseré de contraste témoignant d'une déchirure dans la partie dorsale du

ligament scapho-lunaire. La partie palmaire de ce ligament est continue.

Fuite évidente du produit de contraste à l'arthrographie au travers du ligament luno-trichétral venant opacifier la partie cubitale du compartiment radiocarpien. Une déchirure complexe du ligament trichétral est visualisée à l'IRM en regard des traits de fracture.

Fissure focale du TFC proche de l'insertion radiale.

Irrégularité du cartilage scaphoïdien en regard des traits de fracture et de l'articulation radiocarpienne.

Signes en faveur d'une synovite du compartiment radiocarpien.

Le reste de l'arthro-IRM du poignet droit est dans les limites de la

norme. »

Dans un rapport du 2 novembre 2011, le Dr I. _____ a relevé que l'examen était en corrélation avec la radiographie du 6 août 2011, qu'on retrouvait la fracture corporéale au niveau du scaphoïde droit avec un trait de fracture toujours visible, sans cal osseux décelable. Le reste des structures osseuses ne montrait pas de modification significative et il n'y avait pas d'argument pour l'apparition d'une incongruence articulaire.

Le 23 novembre 2011, un CR du poignet droit a été pratiqué. Le Dr I. _____ a noté que, par rapport au contrôle précédent, on retrouvait la fracture corporéale du scaphoïde droit sans cal osseux décelable. Il observait qu'il n'y avait pas d'arguments pour un déplacement des fragments osseux et que les interlignes articulaires étaient respectées. Enfin, le reste des structures osseuses ne montraient pas de modification significative.

Le 29 novembre 2011, un scanner du poignet droit a été réalisé. Le Dr O. _____, spécialiste en radiologie, a retenu, dans la rubrique « description » de son rapport, les éléments suivants :

« Mise en évidence d'une interruption de la corticale du scaphoïde au niveau de sa partie moyenne compatible avec la fracture connue. Le foyer fracturaire ne présente pas de cal fibreux suspect de non-consolidation et sa consolidation est vraisemblablement en cours. Il n'y a pas de déplacement secondaire visible entre le pôle proximal et le pôle distal du scaphoïde. Pas d'anomalies de densité suspectes de nécrose du scaphoïde proximal.

Fracture du triquetrum sous forme d'un décroché cortical, non consolidée mais sans déplacement secondaire visible. Pas d'anomalies de densité du triquetrum. Pas d'autres traits de fracture visibles. Calcifications situées en regard de la styloïde cubitale compatible avec un ancien arrachement.

Elargissement de l'espace scapho-lunaire qui mesure environ 5-7 mm dans le plan coronal faisant suspecter une disjonction scapho-lunaire. Il n'y a toutefois pas d'évidence en faveur d'une instabilité péri-lunaire du carpe. »

Dans un rapport du 29 décembre 2011 à U. _____ SA, le Dr N. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a apprécié la situation comme suit :

« En principe, la dissociation scapho-lunarienne est nette et mérite une reconstruction respectivement stabilisation chirurgicale de la situation. Il y a deux possibilités :

On peut proposer une plastie ligamentaire formelle selon Brunelli-Garcias et Elias, intervention assez compliquée, ce qui donne une meilleure stabilité mais diminue plus la fonction que l'alternative qui est une stabilisation uniquement extrinsèque de la position fléchie du scaphoïde, par ténodèse du long extenseur carpi-radial sur le pôle distal du scaphoïde, selon Bleuler. Cette opération ne réduit pas la dissociation scapho-lunarienne, mais stabilise le scaphoïde et crée moins de raideurs articulaires. En plus, elle est aussi plus simple, raison pour laquelle personnellement je préférerais proposer cette solution au patient. Puisqu'il n'y a pas d'arthrose, une arthrodèse intercapienne ne rentre pas en ligne de compte. Actuellement, il n'y a pas d'arrêt de travail.»

Le 10 septembre 2012, une arthroscopie du poignet droit a été effectuée. Le Dr N. _____ a estimé que le défaut du disque triangulaire était moins important que la lésion scapho-lunarienne et qu'il ne nécessiterait dès lors pas de geste particulier. L'articulation pisotriquétrale, aussi algique, devait encore être dépistée radiologiquement (cf. protocole opératoire du 10 septembre 2012).

Dans un rapport du 4 octobre 2012 à U. _____ SA, le Dr N. _____ a posé les diagnostics de lésion Geissler IV du ligament scapho-lunaire et de perforation radiale TFCC (Triangular fibrocartilage complex) du poignet droit. Il a conclu à une capacité de travail entière de l'assuré dès le 24 septembre 2012.

Sur demande d'U. _____ SA, le Dr S. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a donné des informations sur l'arrêt de travail de l'assuré du 4 octobre au 30 novembre 2011 qu'il avait attesté à l'époque. Il a expliqué qu'il avait

observé une tuméfaction modérée du poignet et des douleurs à la palpation du scaphoïde. Le traitement avait consisté en la pose d'un plâtre. Il a précisé qu'il ne suivait plus l'assuré, celui-ci ayant pris un second avis auprès d'un autre médecin (cf. rapport médical du 18 janvier 2013 à U._____SA).

Le 22 avril 2013, l'assuré a subi une opération consistant à l'excision de l'os pisiforme à droite (cf. protocole opération du Dr N._____ du 22 avril 2013).

Dans un rapport médical du 13 juin 2013 à U._____SA, le Dr N._____ a noté que le traitement avait pris fin le 8 mai 2013, considérant dès lors que l'assuré était apte à reprendre le travail à 100% dès le 6 mai 2013.

Le Dr C._____, médecin-conseil d'U._____SA et spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a estimé que le lien de causalité naturelle entre l'arthrose piso-triquétrale et l'événement du 6 août 2011 était très peu probable. Selon lui, l'accident n'avait causé qu'une fracture du scaphoïde avec entorse du ligament scapho-lunaire et l'arthrose piso-triquétrale ne semblait être apparue que dans un deuxième temps. Il retenait qu'il s'agissait d'une pathologie purement dégénérative à charge de l'assureur maladie de l'assuré. Ce médecin considérait que, du point de vue de l'assurance-accidents, le traitement s'était terminé à la fin de l'année 2012 (cf. appréciation du Dr C._____ du 10 juillet 2013).

Par décision du 22 août 2013, U._____SA a refusé ses prestations en lien avec l'intervention du 22 avril 2013.

L'assuré s'est opposé le 27 août 2013 à cette décision, en faisant valoir que l'intervention du 22 avril 2013, planifiée par le Dr N._____ le 29 novembre 2012, était la suite du traitement de l'accident de VTT du 6 août 2011.

Selon un avis médical du 29 août 2013 adressé au médecin-conseil d'U. _____ SA, le Dr N. _____ a constaté les éléments suivants :

« [...]

Votre décision se base sur une appréciation du docteur C. _____, datée du 10 juillet 2013, qui toutefois ne mentionne que la fracture de l'os scaphoïde et la lésion du ligament scapho-lunarien, mais pas la lésion respectivement la fuite du contraste au ligament luno-pyramidal, ni la fracture de l'os pyramidal plurifragmentaire, ni la lésion du disque triangulaire de ce poignet.

Ce poignet a déjà été arthroscopié le 10 septembre 2012, dont je vous joins les photos originales de cette arthroscopie, où vous pouvez voir sur les clichés 7 et 8 la lésion majeure du disque triangulaire respectivement l'encoche sur le ligament luno-triquétral (image 009).

En plus, je me permets de vous joindre une photocopie du rapport de l'IRM effectué le 26 septembre 2011. Comme vous pouvez y lire, il y avait une fuite du produit de contraste à travers non seulement le ligament scapho-lunarien, mais également luno-pyramidal, ainsi qu'une fracture plurifragmentaire sans déplacement secondaire de l'os triquétral, ceci à côté de la fracture du scaphoïde citée par le docteur C. _____. Ceci témoigne d'un status après subluxation périlunarienne à droite.

Ce genre de lésion est habituellement causé par un traumatisme d'hyperextension du poignet, c'est-à-dire, la fracture de l'os pyramidal par écrasement entre la berge dorsale du radius respectivement la partie radiale du TFCC et l'os pisiforme, qui appuie directement sur le pyramidal par l'articulation piso-pyramidale.

Pour cette raison, selon mon opinion, il faut considérer la lésion au moins vraisemblable si ce n'est certainement dû à l'accident de septembre 2011, aussi puisque cette articulation se situe directement à côté des lésions citées par l'arthro-IRM, particulièrement la fracture du corps de l'os pyramidal.

Enfin, il est difficile de considérer cette arthrose purement dégénérative, chez un jeune patient de [...] ans, sans autre antécédent traumatique ou maladie particulier.

[...] »

Par décision sur opposition du 15 novembre 2013, U. _____ SA a rejeté l'opposition de l'assuré. En substance, elle a retenu que de l'avis du Dr C. _____, l'accident n'avait causé qu'une fracture du scaphoïde avec entorse du ligament scapho-lunaire, l'arthrose piso-

triquérale n'étant apparue que secondairement et étant d'origine dégénérative.

B. Par acte du 11 décembre 2013, F. _____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à la prise en charge des frais liés à l'intervention du 22 avril 2013 et ses suites. En substance, il fait valoir que l'intervention du 22 avril 2013 est en lien avec l'événement du 6 août 2011.

Dans sa réponse du 21 janvier 2014, U. _____ SA conclut au rejet du recours, en se référant pour l'essentiel à l'appréciation du Dr C. _____, qu'elle estime probante.

Les parties ont maintenu leur position dans leurs écritures ultérieures.

E n d r o i t :

1. **a)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents, RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 LPGA). Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. LPA-VD).

c) En l'espèce, le recourant est domicilié dans le canton de Vaud; son recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et il satisfait aux autres conditions de forme; il est donc recevable.

2. Le litige porte sur le droit éventuel du recourant à la prise en charge de son cas par l'intimée au-delà du 31 décembre 2012, singulièrement sur le point de savoir si l'intervention du 22 avril 2013 et ses suites sont en lien avec l'événement accidentel du 6 août 2011.

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, sauf disposition contraire de la loi, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Selon l'art. 4 LPGA, est réputé 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.

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 exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans

l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et 402 consid. 4.3.1, 119 V 335 consid. 1, 118 V 286 consid. 1b et les références).

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 la survenance de l'accident (statu quo sine; cf. TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009, consid. 2.3). 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 (raisonnement post hoc ergo propter hoc; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; TF 8C_6/2009 du 30 juillet 2009, consid. 3). 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 (TF 8C_262/2008 du 11 février 2009, consid. 2.2).

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 (TF U 307/05 du 8 janvier 2007, consid. 4; TFA U 222/04 du 30 novembre 2004, consid. 1.3).

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 402 consid. 2.2, 125 V 456 consid. 5a et les références; TF 8C_710/2008 du 28 avril 2009, consid. 2).

4. a) Pour pouvoir se prononcer sur le droit à des prestations, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1 et les autres références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, 105 V 156 consid. 1; TFA I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007, consid. 2.1).

L'assureur social - et le juge des assurances sociales en cas de recours - 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. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider 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, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b, 125 V 351 consid. 3a; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008, consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte

médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2). 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 du médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles 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 qu'il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGa ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465; TF 8C_456/2010 du 19 avril 2011 consid. 3).

b) Selon l'art. 43 LPGa, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit (al. 1). L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (al. 2). Conformément au principe inquisitoire régissant la procédure dans le domaine des assurances sociales, il appartient en premier chef à l'administration de déterminer, en fonction de l'état de fait à élucider, quelles sont les mesures d'instruction qu'il convient de mettre en œuvre dans un cas d'espèce donné. Elle dispose à cet égard d'une grande liberté d'appréciation. Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur

probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (cf. TF U 316/06 du 6 juillet 2007, consid. 3.1.1). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007, consid. 3.2).

Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (voir TF U 571/06 du 29 mai 2007, consid. 4.2, in SVR 2007 UV n° 33 p. 111; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2^{ème} édition, Zurich 2009, n° 12 et 17 ad art. 43 LPGa, pp. 547 s.). Selon la jurisprudence, le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (ATF 137 V 210, 122 V 157 consid. 1d; RAMA 1993 n° U 170 p. 136 et la critique de G. Aubert parue in SJ 1993 p. 560).

Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008, consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170, consid. 2). Le Tribunal fédéral a précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun

éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4).

5. En l'espèce, c'est sur la base de la seule appréciation du Dr C._____, médecin conseil de l'intimée, que le droit à la prise en charge de l'intervention du 22 avril 2013 et ses suites a été nié. Or l'intimée ne peut être suivie lorsqu'elle affirme que l'appréciation du Dr C._____ est probante : ce médecin n'a en particulier pas examiné le recourant, qu'il n'a pas rencontré. De son propre aveu, le Dr C._____ ignore quels sont les antécédents médicaux du recourant. A cela s'ajoute que l'appréciation du Dr C._____ du 10 juillet 2013 est contredite par celle du Dr N._____ du 29 août 2013, lequel observe que le Dr C._____ ne mentionne que la fracture de l'os scaphoïde et la lésion du ligament scapho-lunaire, mais pas la lésion et la fuite du contraste au ligament luno-pyramidal, ni la fracture de l'os pyramidal plurifragmentaire, ni la lésion du disque triangulaire du poignet droit. Selon le Dr N._____, ces affections sont caractéristiques d'un status après subluxation périlunarienne généralement dû à un traumatisme d'hyperextension du poignet (« c'est-à-dire, la fracture de l'os pyramidal par écrasement entre la berge dorsale du radius respectivement la partie radiale du TFCC et l'os pisiforme, qui appuie directement sur le pyramidal par l'articulation piso-pyramidale »), tel que celui subi par le recourant le 6 août 2011. L'appréciation du Dr N._____ s'appuie au demeurant sur le rapport d'IRM du 26 septembre 2011 de la Dresse R._____, qui a relevé, outre les lésions établies au scaphoïde, respectivement au ligament scapho-lunaire, une fracture plurifragmentaire sans déplacement secondaire significatif de l'os trichétral, une déchirure complexe du ligament luno-trichétral et une déchirure focale du TFC proche de son insertion radiale. Cependant, l'appréciation du Dr N._____ du 29 août 2013 n'ayant pas été soumise au Dr C._____, on ignore s'il entend s'y rallier. Quant au Dr I._____, il a constaté, à trois reprises, la présence d'une fracture corporéale du scaphoïde droit sans cal osseux décelable, l'absence de particularité pour le reste des structures osseuses, ainsi que l'absence de congruence articulaire (cf. CR du poignet droit des 6 août, 2 et 23 novembre 2011). En revanche, le Dr O._____ notait, en

novembre 2011, la présence d'une fracture du triquetrum sous forme d'un décroché cortical, non consolidée, mais sans déplacement secondaire visible (cf. rapport du 29 novembre 2011).

Il apparaît ainsi que les différents médecins qui ont examiné le recourant, respectivement qui ont examiné son dossier, diffèrent sur les diagnostics imputables à l'événement du 6 août 2011 et sur le lien de causalité entre les troubles constatés et l'accident. Si l'on suit le Dr C._____, on doit admettre que l'accident a eu pour seule conséquence une fracture du scaphoïde avec entorse du ligament scapho-lunaire, l'arthrose piso-triquétrale, pathologie purement dégénérative et apparue tardivement, n'étant pas en lien de causalité avec l'accident du 6 août 2011. En revanche, tant le Dr N._____ que la Dresse R._____ font état d'une déchirure du ligament trichétral, d'une fracture de l'os pyramidal plurifragmentaire et d'une lésion du disque triangulaire, soit des lésions habituellement causées par un traumatisme d'hyperextension du poignet selon le Dr N._____, ce qui conduirait à considérer que l'intervention du 22 avril 2013 et ses suites sont bien dues à l'accident du 6 août 2011, lequel aurait ainsi eu des conséquences ultérieures au 31 décembre 2012. Comme aucun praticien n'a étayé ses conclusions de façon suffisamment claire et précise, il n'est pas possible à la Cour de céans de statuer à satisfaction de droit.

L'instruction menée par l'intimée est ainsi lacunaire, ces points essentiels n'ayant pas été élucidés. Il convient dès lors d'admettre le recours et de renvoyer la cause à U._____SA pour instruction complémentaire sous la forme d'une expertise (art. 44 LPGA), laquelle devra notamment porter sur les affections somatiques dont est atteint le recourant et leur lien de causalité avec l'accident. Dans ce contexte, l'expert - un chirurgien de la main - s'assurera en particulier d'obtenir le dossier médical du recourant auprès de son médecin traitant, le Dr Z._____, ainsi que proposé, et examinera tous les documents d'imagerie.

6. a) En définitive, le recours doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants puis nouvelle décision.

b) La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires. Le recourant, qui obtient gain de cause sans l'assistance d'un mandataire professionnel, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

I. Le recours est admis.

II. La décision sur opposition rendue le 15 novembre 2013 par U. _____ SA est annulée et la cause renvoyée à cette autorité pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision.

III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- F. _____,
- U. _____ SA,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :