

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 17 décembre 2025

Composition : Mme BERBERAT, présidente
M. Wiedler, juge, et Mme Hempel-Bruder, assesseure
Greffier : M. Genilloud

Cause pendante entre :

B._____, c/o C._____, à Q***, recourant, représenté par Syndicat Unia
Région Vaud,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à
Lucerne, intimée, représentée par Me Radivoje Stamenkovic, avocat à
Lausanne

Art. 61 let. c LPGA ; 6 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. B._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en ***, travaillait en qualité d'aide-monteur au sein de la société D._____ du 15 novembre 2021 au 16 décembre 2022, date de son licenciement. A ce titre, il était assuré obligatoirement contre les accidents professionnels et non professionnels et contre les maladies professionnelles auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Se plaignant de douleurs au niveau de la styloïde radiale gauche lors de l'utilisation du pouce depuis le mois de septembre 2022, et d'acroparesthésie à prédominance nocturne des quatre premiers doigts de la main gauche, l'assuré s'est rendu à la consultation du Dr F._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et en chirurgie de la main, lequel a posé les diagnostics de ténosynovite de De Quervain du poignet gauche et de syndrome du tunnel carpien gauche (cf. rapport du 19 octobre 2022 du Dr F._____). Sur proposition de ce médecin, un examen électrophysiologique a été effectué le 15 décembre 2022, lequel a mis en évidence une atteinte myélinique sensitivomotrice des deux nerfs médians, compatible avec un syndrome du tunnel carpien de degré modéré, atteinte asymptomatique à droite (cf. rapport du 15 décembre 2022 de la Dre J._____, spécialiste en neurologie).

L'assuré a bénéficié de prestations de chômage du 19 décembre 2022 au 31 janvier 2023 (courriel du 25 juillet 2023 de la Caisse cantonale de chômage).

Dans un rapport du 24 janvier 2023 à la médecin traitante de l'assuré, le Dr F._____ a posé les diagnostics de rupture dissociative du ligament scapho-lunaire gauche à la mi-novembre 2022, de léger syndrome du tunnel carpien bilatéral et de status après ténosynovite de De Quervain en automne 2022, guérie. Le Dr F._____ a précisé que la rupture dissociative du ligament scapho-lunaire était consécutive à une

chute de l'assuré sur son poignet gauche en extension à la mi-novembre 2022. Comme la rupture était relativement fraîche et qu'il n'y avait pas encore de dégâts cartilagineux, il a proposé une plastie du ligament scapho-lunaire à l'aide du tendon *palmaris longus* par un double abord dorsal et palmaire permettant de décompresser le canal carpien gauche.

Le Dr F._____ a transmis un rapport du 17 février 2023 à la CNA dont le contenu était identique à celui du 24 janvier 2023.

B. Par déclaration d'accident du 28 février 2023, l'employeur de l'assuré a annoncé à la CNA que ce dernier avait subi une lésion grave méconnue du poignet gauche le 15 novembre 2022.

Dans ses réponses du 3 mars 2023 au questionnaire de la CNA, l'assuré a précisé le déroulement de l'accident ; il a indiqué qu'il chargeait des verres muraux, lorsqu'un verre a tourné, entraînant sa chute et des douleurs au niveau du poignet « droit ».

La CNA a pris en charge le cas jusqu'au 3 mai 2023, date à partir de laquelle la CNA a cessé, de manière préventive, le versement des prestations (cf. courrier du 8 mai 2023 de la CNA).

Le 4 mai 2023, l'assuré a subi une intervention chirurgicale au poignet gauche consistant notamment en une plastie du ligament scapho-lunaire en cadre par double voie d'abord (dorsale et palmaire) et transfert du tendon *palmaris longus*, un embrochage temporaire de la médio-carpienne et une plastie d'élargissement du tunnel carpien (cf. protocole opératoire du Dr F._____ du 4 mai 2023).

Par certificat du 16 mai 2023, le Dr F._____ a attesté une incapacité totale de travail du 16 décembre 2022 au 31 août 2023 avec une reprise prévisible du travail à 50 % à compter du 1^{er} septembre 2023.

Le 13 juillet 2023, le Dr F._____ a procédé à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse (cf. protocole opératoire du 13 juillet 2023 du Dr F._____).

Dans une appréciation du 17 juillet 2023, la Dre K._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et médecin de la CNA, a estimé que la lésion pouvait avoir eu lieu 6 à 12 mois avant l'accident déclaré, observant notamment que les deux petits fragments effilés apparaissaient plutôt ronds sur les radiographies du 24 janvier 2023, ce qui indiquait qu'ils n'étaient pas si récents. Elle a indiqué que le dossier devait être complété, notamment s'agissant des consultations ayant eu lieu en décembre 2022, précisant que dans l'éventualité où il était avéré que l'assuré avait consulté pour la première fois en décembre 2022, l'événement avait tout au plus décompensé un état préexistant pour une durée de 6 mois.

Après que le dossier fût complété, la médecin de la CNA a, dans une appréciation du 30 août 2023, nié l'existence d'un lien de causalité naturelle entre la rupture dissociative du ligament scapho-lunaire gauche et l'événement du 15 novembre 2022, relevant notamment que l'assuré n'avait pas consulté en urgence et qu'il n'avait pas évoqué de traumatisme à la neurologue consultée un mois plus tard (le 15 décembre 2022), laquelle n'avait relevé aucune anomalie traumatique du poignet gauche. Selon la Dre K._____, la lésion d'arrachement osseux était préexistante à l'événement du 15 novembre 2022, sans que l'on puisse la dater avec précision, « alors que l'assuré venait d'être engagé le 15.11.22 ».

Par décision du 1^{er} septembre 2023, la CNA a mis un terme aux prestations (indemnités journalières et frais de traitement) avec effet au 3 mai 2023 au soir, les troubles persistants au poignet gauche n'étant plus, à compter de cette date, en lien de causalité naturelle avec l'accident.

Par certificat du 5 septembre 2023, le Dr F._____ a prolongé l'incapacité totale de travail de l'assuré jusqu'au 31 octobre 2023.

Le 16 septembre 2023, l'assuré a formé opposition à l'encontre de la décision de la CNA, indiquant qu'il était toujours en arrêt de travail en raison de l'accident du 15 novembre 2022.

Les 7 et 20 novembre 2023, l'assuré, désormais représenté par le syndicat Unia Région Vaud, a complété son opposition. Se fondant sur des rapports des 3 octobre et 15 novembre 2023 du Dr F._____, qui expliquait en détail les raisons pour lesquelles il convenait, selon lui, de s'écarter des conclusions de la Dre K._____, il a prié la CNA d'instruire davantage la question du lien de causalité naturelle entre l'accident du 15 novembre 2022 et ses problèmes au poignet gauche, le cas échéant par la mise en œuvre d'une expertise bi-disciplinaire en orthopédie et en neurologie, compte tenu des avis divergents au dossier.

Dans une appréciation du 26 mars 2024, la Dre K._____, a confirmé ses précédentes conclusions.

Par décision sur opposition du 23 avril 2024, la CNA, se fondant sur les appréciations de la Dre K._____, a rejeté l'opposition de l'assuré, considérant que le lien de causalité naturelle entre l'atteinte au ligament scapho-lunaire gauche et l'événement du 15 novembre 2022 n'était pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante.

Compte tenu de l'évolution défavorable, avec le lâchage progressif de la plastie et la réapparition d'une disjonction scapho-lunaire douloureuse, une reprise chirurgicale a eu lieu le 16 mai 2024 sous la forme d'une résection du scaphoïde et d'une arthodèse médio-carpienne du poignet gauche selon la technique dites des "4 coins" de Watson (cf. rapport du 13 mai 2024 du Dr F._____).

C. Par acte du 27 mai 2024, B._____, représenté par le syndicat Unia, a déféré la décision sur opposition du 24 avril 2024 de la CNA auprès

de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à ce qu'il soit ordonné à la CNA de continuer à lui verser des indemnités journalières dès le 4 mai 2023 et à ce que la CNA soit condamnée au paiement de tous les frais médicaux depuis le 4 mai 2023 jusqu'à ce jour relatifs à son accident du 15 novembre 2022, subsidiairement à ce qu'il soit ordonné à la CNA de lui verser une rente d'invalidité et une indemnité pour atteinte à l'intégrité selon les taux fixés par l'expertise indépendante, respectivement par la CNA, dès le 4 mai 2023. En substance, il a reproché à la CNA à la fois d'avoir commis une erreur dans l'établissement des faits, respectivement d'avoir retenu qu'il avait débuté son activité au sein de D._____ le 15 novembre 2022 au lieu du 15 novembre 2021 et qu'il n'avait jamais subi de période d'incapacité de travail avant le mois de janvier 2023, ainsi que de s'être uniquement fondée sur l'appréciation non probante de la Dre K._____ pour nier l'existence d'un lien de causalité naturelle entre ses troubles ostéo-articulaires et l'événement du 15 novembre 2022. Il a fait valoir qu'en présence de plusieurs rapports médicaux divergents du Dr F._____, une expertise bi-disciplinaire indépendante aurait dû être mise en œuvre. Il a enfin produit des rapports des 13 mars et 13 mai 2024 du Dr F._____.

Dans sa réponse du 5 août 2024, la CNA, désormais représentée par Me Radijove Stamenkovic, a conclu au rejet du recours. En substance, elle a fait valoir que l'appréciation de la Dre K._____ devait se voir conférer une pleine valeur probante. S'il était impossible de déterminer avec exactitude le moment de la survenance de la rupture dissociative du ligament scapho-lunaire gauche, la chronologie des faits excluait toutefois l'existence d'un lien de causalité entre cette atteinte et l'événement du 15 novembre 2022. La CNA a produit une appréciation médicale du 9 juillet 2024 de la Dre K._____.

Dans sa réplique du 19 septembre 2024, l'assuré a confirmé ses conclusions. Il a produit le contrat de travail le liant à D._____, lequel prévoyait une entrée en fonction le 15 novembre 2021, une attestation sur l'honneur de N._____, confirmant la survenance d'une chute de la part

de l'assuré le 15 novembre 2022, un courriel du 18 août 2024 du Dr F._____, ainsi qu'une attestation du 27 août 2024 de la Dre J._____.

Dans sa duplique du 25 novembre 2024, la CNA a derechef conclu au rejet du recours, relevant notamment que la Dre J._____ avait procédé à un examen clinique du poignet gauche de l'assuré et pas uniquement à un simple test neurologique. Cette praticienne avait observé à cette occasion une force parfaitement préservée et des réflexes ostéotendineux hypovifs et symétriques, ce qui contredisait la thèse de la survenance, seulement un mois auparavant, d'une rupture dissociative du ligament scapho-lunaire gauche.

Les 6 février et 22 avril 2025, l'assuré a transmis un rapport du 9 décembre 2024 du Dr F._____, respectivement des rapports des 28 janvier, 20 février, 19 mars 2025 de la Dre I._____, spécialiste en chirurgie de la main, ainsi que du 17 avril 2025 des Drs P._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et I._____, lesquels confirmaient notamment l'existence d'un lien de causalité entre les troubles au poignet gauche présentés par l'assuré et l'accident du 15 novembre 2022.

Dans ses déterminations du 30 juin 2025, la CNA a fait valoir que l'appréciation de la Dre I._____ n'était pas susceptible de remettre en cause l'appréciation circonstanciée de la Dre K._____.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (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 peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit du recourant aux prestations de l'assurance-accidents pour la période postérieure au 3 mai 2023.

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, 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 un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière sans l'événement accidentel. 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, mentale ou psychique de la personne assurée, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 ; 142 V 435 consid. 1 et les références).

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 le droit des assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références). Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1).

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* ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_315/2023 du 9 janvier 2024 consid. 3.2). 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_117/2020 du 4 décembre 2020 consid. 3.1).

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 148 V 138 consid. 5.1.1 et les références).

En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 140 V 356 consid. 3.2 et la référence ; TF 8C_686/2024 du 4 avril 2025 consid. 3.1.1 ; TF 8C_404/2020 du 11 juin 2021 consid. 6.2.1).

d) 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. Cependant, lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas ou plus la

cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine). A l'inverse, 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 s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références ; TF 8C_686/2024 du 4 avril 2025 consid. 3.1.2).

4. a) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux 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 exprimées par 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 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 8C_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

b) Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 146 consid. 4.7 ; TF 8C_615/2021 du 31 mars 2022 consid. 3.2).

c) 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 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 il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6 et 4.7 ; voir aussi l'arrêt 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

5. a) En l'occurrence, il convient d'examiner si les renseignements médicaux versés au dossier permettent de retenir ou d'exclure un lien de causalité entre l'accident du 15 novembre 2022 et la persistance des troubles présentés par le recourant au niveau du poignet gauche au-delà du 3 mai 2023.

b) Se fondant sur l'avis de la Dre K._____, l'intimée a mis un terme aux prestations (frais de traitement et indemnités journalières) à compter du 3 mai 2023 en raison de l'absence de lien de causalité naturelle entre l'événement du 15 novembre 2022 et les atteintes que présentait le recourant à son poignet gauche. De son côté, le recourant, se fondant notamment sur les rapports du Dr F._____ et de la Dre I._____, fait valoir qu'un tel lien existe et que l'intimée doit continuer à prester au-delà du 3 mai 2023.

aa) La Dre K._____ a estimé que le lien de causalité entre l'accident du 15 novembre 2022 et l'atteinte au poignet gauche était uniquement possible et que la lésion au poignet gauche pouvait avoir eu lieu avant le 15 novembre 2022. A cet égard, elle a observé qu'il n'y avait aucune IRM au dossier qui permettait d'affirmer la fraîcheur de la lésion et que les deux petits fragments effilés apparaissaient plutôt ronds (absences de berges parfaitement acérées), ce qui indiquait qu'ils n'étaient pas récents. Elle a également relevé l'existence d'un remaniement de la styloïde radiale du poignet gauche par rapport au poignet droit ce qui suggérait selon elle un antécédent traumatique osseux à ce niveau. De plus, le recourant n'avait pas consulté en urgence et n'avait pas évoqué de traumatisme au poignet gauche lors de sa consultation auprès de la neurologue J._____ le 15 décembre 2022, mais seulement des douleurs apparues trois mois auparavant. La Dre J._____ n'avait au demeurant constaté aucune anomalie traumatique (saignement ou importante tuméfaction) lors de son examen clinique. Par ailleurs, le recourant avait continué de travailler après l'événement annoncé. Or, selon la Dre K._____, il est impossible qu'une rupture du scapho-lunaire dorsal avec arrachement n'entraîne ni impotence, ni hématome, ni incapacité de travail, ni consultation (immédiate), ni immobilisation, qui plus est chez un travailleur de force. En définitive, elle était d'avis qu'il était plus probable que l'événement ayant causé la lésion ligamentaire était antérieur, de six à douze mois, à l'événement déclaré du 15 novembre 2022 et que ce dernier avait uniquement décompensé, pour une durée de six mois au plus, un état préexistant asymptomatique, lequel consistait en une instabilité scapho-lunaire par désinsertion osseuse du ligament scapho-lunaire dont la date ne pouvait être précisée, ajoutant que l'absence d'atteinte dégénérative du poignet ne permettait pas d'exclure l'existence d'un état préexistant d'instabilité.

bb) De son côté, le Dr F._____, dans ses nombreux rapports, en particulier ceux des 3 octobre 2023, 15 novembre 2023 et 13 mai 2024, a détaillé les raisons pour lesquelles il contestait l'appréciation de la Dre K._____. Celui-ci a en effet exposé que lors de sa consultation du 18 octobre 2022, il n'y avait aucune notion anamnestique ni signe clinique

de troubles intra-articulaires du poignet gauche, les troubles étant exclusivement extra-articulaires, notamment au niveau de la première coulisse des extenseurs et du tunnel carpien. Il était largement documenté dans la littérature que les disjonctions scapho-lunaires pouvaient passer inaperçues avec, dans un premier temps, une banalisation des douleurs et une absence complète de tuméfaction, d'hématome ou de craquement. Il n'était donc pas étonnant que la Dre J._____ n'ait rien constaté lors de son examen clinique du 15 décembre 2022 et que l'accident n'ait pas été évoqué lors de cette consultation. Le Dr F._____ a ajouté qu'une disjonction scapho-lunaire était le plus souvent post-traumatique en l'absence - comme en l'espèce - de laxité constitutionnelle bilatérale de cette articulation. L'action vulnérante de l'événement de la mi-novembre 2022 (chute sur le poignet gauche en extension) était appropriée pour entraîner une disjonction scapho-lunaire traumatique. L'aspect radiologique et peropératoire du ligament scapho-lunaire confirmait la récence du traumatisme, avec un fragment osseux d'aspect frais et vif et non pas émoussé (dont le délai entre l'accident et l'aspect radiologique de la lésion était cohérent) pouvant dater de plusieurs semaines, et un os sous-chondral qui n'était pas encore recouvert d'un fibro-cartilage cicatriciel caractéristique d'une lésion ancienne. A cet égard, c'est d'ailleurs la récence de la rupture et l'absence de dégâts cartilagineux qui avaient convaincu le Dr F._____ (cf. son rapport du 24 janvier 2023) de pratiquer une intervention chirurgicale sous la forme d'une plastie du ligament scapho-lunaire à l'aide du tendon *palmaris longus* par un double abord dorsal et palmaire. Enfin aucune chondropathie radio-carpienne ni médio-carpienne, généralement observables dans les cas chroniques d'instabilités scapho-lunaires évoluant sur plusieurs mois, voire des années, n'était visible sur les imageries à deux mois et demi après l'accident litigieux.

L'avis du Dr F._____ est pour le surplus partagé par les Drs P._____ et I._____, lesquels ont, dans leur rapport du 17 avril 2025, confirmé que la lésion présentée par le recourant à son poignet gauche, résultant généralement d'une chute sur la main en hyperextension, était clairement liée à l'accident du 15 novembre 2022

compte tenu de l'absence de chute documentée avant cette date et du fait que les premières radiographies ne mettaient en évidence aucune arthrose ni instabilité du segment intercalé dorsal. Ils ont enfin indiqué que les plaintes et les problèmes actuels n'étaient aucunement liés à la tendinite de De Quervain ni au syndrome du tunnel carpien.

c) En l'occurrence, il y a lieu de constater que l'avis de la médecin de la CNA, d'une part, et l'avis du Dr F._____, orthopédiste traitant du recourant, appuyé par les Drs P._____, et I._____, d'autre part, divergent. Or, comme rappelé ci-avant (cf. consid. 4a *supra*), les rapports des médecins employés de l'assurance ne sont à prendre en considération que pour autant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions.

A cet égard, l'appréciation du Dr F._____, rejointe par celle des Drs P._____, et I._____, fait bien subsister des doutes sur la teneur des avis de la Dre K._____, médecin auprès de l'intimée. On relèvera encore qu'il importe peu, dans ce contexte, que cette dernière ait confirmé à plusieurs reprises sa position, lorsque, comme en l'espèce, la décision administrative s'appuie exclusivement sur son appréciation et que d'autres médecins émettent un avis pouvant se voir attribuer un caractère probant qui laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation. A cet égard, on précisera à toutes fins utiles que la Dre K._____, respectivement l'intimée, partent de l'hypothèse - erronée - que le recourant a débuté son activité le 15 novembre 2022, soit le jour de l'accident déclaré. Or, conformément au contrat de travail transmis au stade de la procédure de recours, il s'avère que le recourant a débuté son activité auprès de D._____ le 15 novembre 2021.

En l'état, les avis contradictoires - et impossibles à départager sans connaissances médicales spécialisées - ne permettent pas de se prononcer quant à l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'atteinte au poignet gauche et l'accident du 15 novembre 2022. En effet, on ne voit pas, dans les explications avancées de part et d'autre, de motifs

reconnaissables pour le juge qui justifieraient d'écarter d'emblée un avis au profit de l'autre en raison d'une valeur probante insuffisante.

Aussi, dans la mesure où le cas du recourant a été réglé sans avoir eu recours à une expertise et où il existe bel et bien des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations des médecins-conseils de l'intimée, on se trouve dans la situation visée par la jurisprudence qui impose de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (cf. consid. 4c *supra*).

6. a) Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). 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). 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 (ATF 132 V 93 consid. 6.4).

b) 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 (TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, in : SVR 2007 UV n° 33 p. 111).

c) 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'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 et 4.4.1.5).

d) En l'espèce, il se justifie de renvoyer la cause à l'intimée, à qui il incombe au premier chef d'instruire, afin qu'elle mette en œuvre une expertise, selon la procédure de l'art. 44 LPGA, réalisée par un médecin indépendant, spécialiste en orthopédie, toute autre spécialité étant réservée. Cela fait, il lui appartiendra ensuite de rendre une nouvelle décision statuant sur le droit aux prestations du recourant au-delà du 3 mai 2023 (TF 8C_445/2021 du 14 janvier 2022 consid. 4.4).

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

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f^{bis} LPGA).

c) Vu le sort de ses conclusions, la partie recourante a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 2'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre intégralement à la charge de la partie intimée.

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

prononce :

- I. Le recours est admis.
- II. La décision sur opposition du 23 avril 2024 de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction au sens des considérants, puis nouvelle décision.
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.
- IV. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents versera à B._____ une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Syndicat Unia Région Vaud (pour B._____), à Lausanne,
- Me Radivoje Stamenkovic (pour la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents), à Lausanne,
- Office fédéral de la santé publique, à Berne,

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).

Le greffier :