

VD_GERICHTE ZA23.012022 vom 7. September 2023

VD Tribunal cantonal, 2023-09-07, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA23.012022

FR: VD_GERICHTE ZA23.012022 du 7 septembre 2023

IT: VD_GERICHTE ZA23.012022 del 7 settembre 2023

Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AA 28/23 - 97/2023 ZA23.012022 CO UR DE S
ASSURANCES SOCIALES _____

Arrêt du 7 septembre 2023 _____ Composition : Mme PASCHE,
présidente M. Piguet, juge et Mme Gabellon, assesseure Greffier : M. Schild ***** Cause
pendante entre : M. _____, à [...], recourant, représenté par le Syndicat Unia, Région
Vaud, et CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à
Lucerne, intimée. _____ Art. 6 al. 1 LAA 402

- 2 - E n f a i t : A. M. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1970, est employé
chez V. _____ SA en tant que carreleur, à 100%, depuis le 13 juin 2018. Il est à ce titre
assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse
nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée). Le 26 avril
2021, l'assuré a chuté depuis un échafaudage avec un choc direct sur le genou gauche.
L'assuré a été admis aux Urgences de l'Hôpital de [...] le 30 avril 2021 en raison d'une
lombalgie aiguë, présente depuis 4-5 jours, sans traumatisme ou notion de faux mouvement.
Le Dr C. _____, médecin, rapportait que le patient présentait depuis un mois des
douleurs au dos à bas bruit, se péjorant progressivement ces derniers jours. Le médecin ne
constatait aucune irradiation au niveau des jambes, la force et la sensibilité des membres
inférieurs étant d'ailleurs conservées. Le Dr C. _____ a préconisé un arrêt de travail de
sept jours, soit jusqu'au 7 mai 2021. Une nouvelle consultation a eu lieu le 6 mai 2021 au
Centre médical de [...] auprès du Dr F. _____, médecin praticien. Ce dernier a fait état
d'un blocage du dos avec consultation aux Urgences de l'hôpital de [...]. L'activité
professionnelle de l'assuré avait été reprise malgré les douleurs, partiellement soulagées par
le traitement. Le patient était actuellement en arrêt de travail jusqu'au 7 mai 2021. Le 7 mai
2021, le Dr N. _____, médecin chef du service de radiologie de l'Hôpital de [...], a
effectué une IRM du genou gauche de l'assuré. Le Dr N. _____ observait un
épanchement intra-articulaire post- accident au travail avec un choc direct sur l'échafaudage
avec un hématome. A l'imagerie, on remarquait un amincissement du cartilage
fémoro-tibial dans les compartiments interne et externe. Les ligaments ainsi que le
ménisque étaient pour leur part préservés. En guise de

- 3 - conclusion, ce médecin retenait un œdème des parties molles notamment sur la face
antérieure du genou gauche, sans atteinte des structures internes. Il ressortait de la
déclaration de sinistre du 7 mai 2021 que l'assuré avait souffert d'une inflammation au
genou gauche et de douleurs au dos à la suite de sa chute du 26 avril 2021. Le 18 mai 2021,
le médecin traitant de l'assuré, le Dr R. _____, a constaté une contusion au genou
gauche, sans lésions à l'IRM, à la suite d'un accident. Il recommandait la poursuite du
traitement ambulatoire sous la forme de physiothérapie. L'assuré a repris son activité
professionnelle à temps plein le 26 mai 2021. Des douleurs persistantes au genou gauche

ont cependant entraîné une nouvelle incapacité de travail dès le 3 juin 2021. Le 17 juin 2021, le Dr H. _____, spécialiste en orthopédie et traumatologie de l'appareil locomoteur, a estimé que, compte tenu du status clinique et du bilan radiologique, une prise en charge chirurgicale était indiquée chez l'assuré. Ce médecin prévoyait de pratiquer une bursectomie du genou gauche, laquelle a été réalisée le 25 juin 2021 à l'hôpital de [...]. Dans le protocole opératoire rédigé à l'occasion, le Dr H. _____ a retenu un diagnostic de bursite chronique infra-patellaire du genou gauche. Un bilan de l'évolution du status de l'assuré a été dressé le 9 septembre 2021, onze semaines après l'opération. Le genou gauche demeurait douloureux à la marche et l'assuré n'arrivait toujours pas à le poser au sol. L'assuré a subi une nouvelle opération le 24 décembre 2021. La persistance des gonalgies antérieures gauche avaient motivé une reprise chirurgicale. L'intervention en elle-même s'était bien déroulée, tout comme les suites opératoires.

- 4 - Les douleurs au genou gauche ont toutefois persisté. L'assuré a ainsi été adressé au [...]), spécialement au [...], auprès du Dr X. _____, médecin associé. Dans un rapport de consultation du 18 juillet 2022, ce médecin a retenu des douleurs chroniques post-traumatiques probablement d'origine mixte, mécaniques et neuropathiques, une arthrose fémoro-patellaire modérée dans un contexte de rotule basse, sans dysplasie. A l'anamnèse, l'assuré se plaignait de la persistance des douleurs antérieures, exacerbées par les longues marches, par la montée et la descente de pentes et d'escaliers ainsi que par le maintien d'une position assise ou debout, respectivement le passage d'une position à l'autre. L'intéressé faisait également mention d'une faiblesse musculaire entraînant des épisodes de lâchage. Aucune nouvelle prise en charge chirurgicale n'était préconisée, le Dr X. _____ proposant en revanche une évaluation en antalgie afin de confirmer la composante neuropathique de la symptomatologie. Le 23 novembre 2022, l'assuré a été contacté téléphoniquement par la CNA. Il a indiqué ne pas se souvenir s'il avait attendu quelques jours après l'accident avant de consulter. Selon lui, la consultation aux Urgences de l'Hôpital de [...] le 30 avril 2021 n'avait rien à voir avec l'accident et aurait même eu lieu avant ce dernier. Dans tous les cas, la première consultation pour des problèmes de genou s'était tenue au Centre médical de [...]. Il avait ensuite été adressé à l'Hôpital de [...]. Interpellée afin de faire le point sur la situation, la Dre W. _____, médecin praticien et médecin d'arrondissement pour le compte de la CNA, a pris position le 7 décembre 2022. Pour elle, les troubles au niveau du genou gauche n'étaient pas en lien de causalité pour le moins probable avec l'événement du 26 avril 2021. En effet, l'IRM effectuée à la suite de l'accident ne constatait aucune fracture, lésions intra-articulaires ni bursite, mais uniquement un hématome ainsi qu'un épanchement. La Dre W. _____ relevait également qu'une bursite ne pouvait être d'origine traumatique, s'installant au contraire à la suite d'un surmenage de l'articulation notamment en cas d'un maintien prolongé de

- 5 - la position accroupie. Une contusion de genou guérissait au maximum en douze semaines, l'assuré ayant au demeurant repris son activité quatre semaines après l'événement accidentel. Ainsi, pour la Dre W. _____, les troubles qui avaient entraîné une nouvelle incapacité de travail dès le 3 juin 2021 n'étaient pas en lien de causalité pour le moins probable avec l'événement incriminé. Par décision du 12 décembre 2022, la CNA a clos le cas de l'assuré au 18 décembre 2022 et mis fin à cette même date au versement des prestations d'assurance perçues jusqu'ici, soit le versement d'indemnités journalières et la prise en charge des frais de traitement. Le 22 décembre 2022, l'assuré, représenté par le Syndicat Unia, Région Vaud, s'est opposé à la décision précitée. Il a précisé son opposition

le 15 février 2023. Il a conclu à la reprise du versement des prestations d'assurance dès le 19 décembre 2022 et, subsidiairement, à ce que l'assurance-accidents procède à des investigations complémentaires et mandate un expert indépendant. L'assuré soutenait que les troubles présentés ce jour étaient effectivement en lien de causalité pour le moins probable avec l'accident. A l'appui de son opposition, l'intéressé a produit un rapport du Dr H. _____ du 16 janvier 2023. Ce médecin retenait le diagnostic de bursite prépatellaire traumatique du genou gauche. Il faisait ensuite état d'une cicatrice calme, d'une importante amyotrophie du quadriceps, globalement un peu tuméfié et empâté, d'une flexion limitée à 120° par des douleurs, une extension possible, ainsi que d'un Tinel positif à la jonction 1/3 moyen et 1/3 inférieur à la cicatrice. L'assuré a également produit un courriel du Dr H. _____ du 9 février 2023, dans lequel ce médecin estimait que la situation actuelle découlait des suites de l'accident du 26 avril 2021, l'assuré n'ayant préalablement pas souffert d'une bursite. Si l'opération du 25 juin 2021 n'avait pas eu le résultat positif escompté, sans amélioration notable après la reprise chirurgicale du 24 décembre 2021, tout cela n'aurait pas eu lieu sans l'accident du 26 avril 2021.

- 6 - Par décision sur opposition du 20 février 2023, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré. Le fait que le chirurgien de l'assuré prétende que "tout ça n'aurait pas eu lieu s'il n'y avait pas eu l'accident du 26 avril 2021" ne permettait pas de douter de l'analyse effectuée par la Dre W. _____. Un nouveau rapport est parvenu à la CNA le 6 mars 2023, rédigé par le Dr K. _____, médecin associé au [...]. Ce médecin a retenu le diagnostic de douleurs mécaniques et neuropathiques prérotuliennes gauches après bursite post-traumatique, suivi de deux bursectomies. L'assuré présentait des douleurs persistantes du genou gauche apparues à la suite d'un traumatisme direct et apparemment majorées par les deux interventions chirurgicales. Il était encore incapable de marcher sans douleur à plat ou dans les escaliers et ne pouvait se mettre à genou. Le Dr K. _____ ne parvenait pas à évaluer la proportion des douleurs neuropathiques et mécaniques dans les plaintes actuelles du patient et n'avait, hélas, aucune proposition thérapeutique à offrir. B. a) Par acte du 20 mars 2023, M. _____, représenté par le Syndicat Unia, Région Vaud, a recouru contre la décision sur opposition du 20 février 2023 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à sa réforme dans le sens de la poursuite des prestations dès le 19 décembre 2022, et subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à la CNA pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Se fondant sur le rapport du 16 janvier 2023 du Dr H. _____, il faisait valoir qu'il souffrait d'une bursite prépatellaire du genou gauche de type traumatique et gardait depuis l'accident des gonalgies et tuméfactions récidivantes. Il ne parvenait toujours pas à toucher le sol avec son genou. Pour le recourant, l'appréciation du Dr H. _____ était claire et ses conclusions motivées, l'accident du 26 avril 2021 étant à l'origine de son état de santé. A l'appui de son recours, il a produit le rapport précité du 16 janvier 2023 du Dr H. _____, versé au dossier lors de la procédure d'opposition, ainsi qu'un nouvel échange de courriels. Dans un courrier électronique du 28 février 2023, le Dr H. _____ indiquait que si la bursite pouvait être reliée à

- 7 - l'accident, l'évolution post-opératoire aurait dû être favorable et le problème réglé en trois mois, ce qui n'avait pas été le cas. Cependant, si l'évolution n'avait pas été favorable, la cause initiale des troubles restait l'accident, une bursite pouvant tout à fait être d'origine traumatique. Pour le Dr H. _____, dans un courriel du 10 mars 2023, la causalité entre l'état du recourant et l'accident était au moins probable (plus de 50%), si ce n'était certaine

(100%). b) Par réponse du 21 avril 2023, la CNA a conclu au rejet du recours. Elle estimait être fondée à mettre fin à son obligation de prester. En effet, l'état de santé du racourant tel qu'il aurait été sans l'accident du 26 avril 2021 pouvait être considéré comme atteint depuis le 26 mai 2021 au plus tard. La CNA a joint une nouvelle appréciation de la Dre W. _____ du 19 avril 2023. La Dre W. _____ y réitérait ses conclusions prises à l'occasion de ses avis précédents, soit que les troubles au niveau du genou gauche n'étaient pas en lien de causalité avec l'événement du 26 avril 2021. En effet, à l'occasion des consultations des 30 avril et 7 mai 2021, il n'y avait aucune notion à l'anamnèse d'une quelconque chute ou événement traumatique. De plus, une bursite survient dans la majorité des cas en raison de la surexploitation de l'articulation et non à la suite d'un choc. Le médecin-conseil rejoignait ainsi l'appréciation du Dr H. _____, qui estimait que les douleurs persistantes au genou ne seraient plus présentes si l'assuré n'avait pas subi deux opérations de bursectomie. La bursite en question n'était ainsi pas en lien de causalité avec l'événement du 26 avril 2021. D'ailleurs, l'assuré ne se souvenait pas vraiment quand le choc au genou serait survenu, antérieurement ou postérieurement à la consultation du 30 avril 2021. Le recourant a maintenu ses conclusions par réplique du 15 mai 2023. Il a notamment relevé que bien que le rapport du Dr C. _____ du 30 avril 2021 fasse uniquement référence aux lombalgies, le rapport d'IRM du 7 mai 2021 mentionnait un épanchement intra-articulaire avec hématome, post-accident avec choc direct. Les rapports des 18 mai 2021 du Dr R. _____ et 17 juin 2021 du Dr H. _____ se référaient également à une tuméfaction du genou gauche à la suite d'un traumatisme.

- 8 - Par courrier du 7 juin 2023, la CNA a confirmé sa position. 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 point de savoir si l'intimée était fondée à mettre un terme à ses prestations des suites de l'événement du 26 avril 2021 avec effet au 18 décembre 2022, singulièrement si les troubles qui ont persisté au-delà de cette date se trouvent en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident assuré. 3. a) Aux termes de 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. L'art. 4 LPGA définit l'accident comme 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 notion d'accident repose donc sur cinq éléments, ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés :

- 9 - une atteinte dommageable à la santé, le caractère soudain de l'atteinte, son caractère involontaire, un facteur extérieur et le caractère extraordinaire de ce facteur extérieur (ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1). b) En l'espèce, l'intimée n'a pas remis en cause le caractère accidentel de l'événement survenu le 26 avril 2021. 4. a) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en outre, 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, mentale 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, 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 citées). Lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'assurance-accident doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références citées ; TF 8C_36/2017 du 5 septembre 2017 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_140/2021 du 3

- 10 - août 2021 consid. 3.5). 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). Le droit à des prestations de l'assurance-accidents requiert encore 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 ; TF 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.1 et les références citées). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 138 V 248 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_220/2016 du 10 février 2017 consid. 7.3). b) 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 (TF 8C_650/2018 du 23 octobre 2019 consid. 4.2 ; 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.2 et les références citées).

- 11 - 5. a) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), 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_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4). 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). 6. a) En l'espèce, selon le descriptif de la déclaration LAA adressée le 7 mai 2021 à l'intimée, l'assuré est tombé le 26 avril 2021 d'un échafaudage dans le cadre de son travail, les parties du corps atteintes ayant été le genou gauche et le dos. L'assuré a consulté le 30 avril 2021 pour des lombalgies aiguës. Le Dr C. _____ a alors attesté d'une incapacité de travail du 30

- 12 - avril au 7 mai 2021. Dans le cadre de cet examen, le Dr C. _____ a notamment relevé que l'assuré avait une force et une sensibilité conservées aux deux membres inférieurs, avec des réflexes ostéotendineux rotuliens et achilléens hypovifs mais symétriques, RCP en flexion, et Lasègue négatif des deux côtés. Ainsi, bien que consulté quatre jours après la chute, le Dr C. _____ n'a rien mentionné au niveau du genou gauche de l'assuré. Il n'a en outre pas décrit de tuméfaction au niveau du genou, ni aucun hématome ni aucune plainte lorsqu'il a effectué les réflexes ostéotendineux sur le tendon rotulien (qui consiste à taper avec un marteau sur ledit tendon). b) Sur la base du compte rendu de cette consultation du 30 avril 2021, la Dre W. _____ est ainsi d'avis que le Dr C. _____ aurait mentionné une douleur et l'aurait décrite au niveau du status ostéoarticulaire, et que l'assuré s'en serait plaint (cf. appréciation de cette médecin du 19 avril 2023). L'assuré a été interrogé téléphoniquement par la CNA le 23 novembre 2022 sur le déroulement des faits ; il a alors dit ne plus se souvenir de la consultation du 30 avril 2021, qui n'avait dans son souvenir rien à voir avec l'accident ; pour lui, la première consultation pour les problèmes au genou avait eu lieu au Centre Médical de [...]. A cet égard, le rapport de consultation du 6 mai 2021 du Dr F. _____ ne fait pas état à l'anamnèse d'une chute avec choc sur le genou ; on y lit que le patient a consulté à l'hôpital de [...] en urgences en raison d'un blocage de dos, et qu'il « a repris le travail mais douleur malgré le traitement, douleur soulagée par le traitement, actuellement en arrêt jusqu'au 7 [mai] ». L'IRM réalisée le 7 mai 2021 à la suite de cette consultation conclut à un œdème des parties molles notamment sur la face antérieure du genou, sans atteinte des structures internes du genou. Il ne fait pas mention d'une bursite. C'est six semaines après l'accident,

le 17 juin 2021, que le Dr H. _____ en fait état et mentionne à l'occasion du protocole opératoire du 25 juin 2021 une « bursite chronique infra-patellaire du genou gauche ». Dans ces conditions, la Dre W. _____ a rejoint l'appréciation du Dr H. _____ (cf. mail du 28 février 2023) selon laquelle les douleurs qui

- 13 - persistent ne seraient pas présentes si l'assuré n'avait pas bénéficié des opérations de bursectomie. Elle a toutefois estimé que l'origine de cette bursite n'était pas en lien avec l'événement du 26 avril 2021, l'assuré ne se souvenant du reste pas vraiment quand il aurait eu un choc, mentionnant qu'il s'agissait d'un choc survenu peut-être le 26 avril 2021, ou peut-être après la consultation du 30 avril 2021. c) Par ailleurs, dans ses prises de position, la Dre W. _____ a insisté sur l'origine d'une bursite, causée selon elle par la surutilisation de l'articulation du genou (plus précisément en cas de capacité dépassée des bourses sérieuses), des mouvements répétitifs ou par un effort prolongé. Elle mentionnait également que les personnes dont l'activité professionnelle requiert une forte sollicitation du genou, notamment avec la position accroupie ou à genoux (plombiers, jardiniers ou les agents d'entretien) étaient à risque, dites positions favorisant l'inflammation de la bourse pré-patellaire. Ainsi, la Dre W. _____ retenait que dans le cas d'espèce la bursite avait une origine chronique et non traumatique. d) En l'occurrence, la Dre W. _____ a examiné tous les éléments du dossier avant de se prononcer, à plusieurs reprises, à son sujet. Ses explications sont claires, et dénuées de contradictions. Le Dr H. _____ pour sa part n'explique pas les raisons qui devraient conduire à retenir que la bursite présentée par le recourant serait post-traumatique, sinon en présentant un raisonnement de type « post hoc ergo propter hoc ». Du propre avis de ce médecin, même si la bursite était liée au traumatisme, l'évolution post-opératoire aurait dû être favorable et le problème réglé en moins de trois mois (cf. mail du 28 février 2023). e) Dans ces conditions, la CNA était donc fondée à retenir que la bursite présentée par le recourant n'était pas post-traumatique, que l'état de santé tel qu'il aurait été sans l'accident du 26 avril 2021 devait être considéré comme atteint le 26 mai 2021 et de mettre ainsi fin aux prestations au 26 mai 2021. On constate cependant que l'intimée a poursuivi le versement de prestations jusqu'au 18 décembre 2022 et qu'elle renonce à en réclamer la restitution, ce dont il est pris acte.

- 14 - 7. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition litigieuse confirmée. b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f bis LPGA), ni d'allouer de dépens au recourant qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205 consid. 4b). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales p r o n o n c e : I. Le recours est rejeté. II. La décision sur opposition rendue le 20 février 2023 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée. III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloués 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 le recourant, - Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, - Office fédéral de la santé publique, par l'envoi de photocopies.

- 15 - 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 :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.