

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 15 août 2019

---

Composition : M. NEU, président  
MM. Bonard et Berthoud, assesseurs  
Greffier : M. Schild

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**V.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Romain Félix, avocat à Genève,

et

**P.**\_\_\_\_\_ **SA**, à Lausanne, intimée.

---

**Art. 4 LPGA et art. 6 al. 1 et 36 LAA**

**E n f a i t :**

**A.** V.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1975, travaillait comme éducateur au Centre social et curatif de [...]. A ce titre, il était assuré contre le risque d'accident auprès de la P.\_\_\_\_\_ SA (ci-après : P.\_\_\_\_\_ SA ou l'intimée).

Le 5 janvier 2017, à Neuchâtel, à la suite d'une glissade sur la neige, l'assuré a heurté son genou contre un banc. Le lendemain, il a consulté la Dre W.\_\_\_\_\_, médecin au Service des urgences du [...], qui a attesté une incapacité de travail du 6 au 10 janvier 2017.

Dans un rapport médical du 10 février 2017 destiné à l'assureur-accident, la Dre I.\_\_\_\_\_, médecin à la [...], en France, a constaté que l'intéressé présentait des douleurs au genou gauche, un petit épanchement ainsi qu'un hématome, attestant d'une poursuite de l'incapacité de travail à compter du 11 février suivant.

Dans un rapport médical du 10 février 2017, à la suite d'une IRM du genou gauche de l'assuré, le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie et le Dr G.\_\_\_\_\_, médecin assistant, ont relevé l'absence d'épanchement articulaire, l'absence d'anomalie de signal osseux, des signes de méniscopathie du ménisque interne, sans fissure visualisée, un ménisque externe sans particularité ainsi que des ligaments croisés et collatéral sans particularité. Le reste de l'examen était dans les limites de la norme.

Par courrier du 20 février 2017, la P.\_\_\_\_\_ SA a annoncé à l'employeur de l'assuré la prise en charge de son cas. Des indemnités journalières ont été versées dès le 11 janvier 2017.

Dans une prescription de physiothérapie datée du 22 février 2017, le Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a retenu comme diagnostic un syndrome fémoro-patellaire gauche

décompensé avec surcharge du rétinaculum externe, une faiblesse des quadriceps et des fessiers ainsi qu'une raideur des chaînes antérieures, latérales et postérieures. Le diagnostic de syndrome fémoro-patellaire gauche a également été retenu par la Dresse I. \_\_\_\_\_ dans un rapport médical du 17 mars 2017. Ce médecin indiquait que l'évolution de l'état de santé de l'assuré était favorable bien qu'il se trouvait toujours en incapacité de travail.

Une visite de courtoisie a été effectuée le 4 mai 2017 par un collaborateur de P. \_\_\_\_\_ SA au domicile de l'assuré. Dans son rapport daté du 5 mai 2017, il a relevé les éléments suivants :

#### ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE :

1. Activité exercée — date d'entrée dans l'entreprise ?  
Educateur et coach — ees : 20.08.2012
2. Nombre d'heures / semaine, horaire spécial, rente AI en vigueur ?  
33.37 /semaine = contrat à 75 % - ne touche pas de rente de l'AI
3. Etat des rapports de travail : menacés, résiliés, en vigueur ?  
CDI en vigueur -
4. Description détaillée des tâches ?  
L'assuré travaille comme éducateur dans un établissement socio-éducatif qui accueille et accompagne des personnes adultes avec handicaps physiques, mentaux associés avec des troubles psychiatriques.  
La Fondation héberge ainsi quelques 77 résidents.  
Son unité lui confère l'accompagnement et l'éducation d'un groupe de 8 personnes, unité située dans le vieux château qui n'est pas pourvu d'un ascenseur et doit ainsi plusieurs fois par jour monter les 88 marches pour atteindre son lieu d'activité.  
Il lui arrive donc assez régulièrement (plusieurs fois par semaine) de monter et descendre 10 X les 88 marches !  
Le matin : préparation des petit-déjeuners, réveiller les 8 résidents, les aider à se laver, s'habiller, puis préparer les médicaments pour chacun, les amener à table, et les suivre pendant le repas. Ceci de 07H00 à 09H00.  
Puis les résidents partent dans leur atelier respectif de 09H00 à 12H00.  
Pendant ce temps, il doit régler les problèmes qui se posent, soit avec un résident atteint d'autisme (crises, mise en marche très lente et très complète, ou alors problème de fugues...)  
Une part consacrée à l'administratif : contacts avec médecins, physio, psychiatre, soins propres des résidents.

Prise en charge des 8 résidents de 12H00 à 14H00 : mise en place de la vaisselle, installation des résidents, idem au petit-déjeuner, repos.

Puis de 14H00 à 17H00, les résidents repartent dans leur atelier.

17H00 : prise en charge des résidents, organisation du temps de ceux-ci jusqu'au repas du soir, mise en place etc. Puis aide au bain, douches.

Finalement, l'assuré doit remplir son rapport journalier sur chaque résident.

En plus de cela, il coache une équipe de basket qu'il a montée lui-même. Entraînement dans une salle à environ 12km du Château, déplacements, le coach doit également courir, sauter et montrer à l'équipe comment élaborer le jeu. Ceci une fois par semaine, durée une heure de jeux.

[...]

13. Début / origine des troubles / *description* acc. ? (maladie prof.)

Se cogne le genou G — genou enfle, et douleurs progressives, puis douleurs continues.

Se rend aux Urgences, Dr. [...] à Lausanne qui lui prescrit du repos, genou immobilisé + attelle.

Après quelques semaines, constate que son genou G lui fait toujours mal, et se rend chez un spécialiste à Lausanne, le Dr. C. \_\_\_\_\_, chef clinique de l'hôpital orthopédique.

Premier RV : 22.02.2017 qui effectue un contrôle clinique détaillé, et à la lumière de l'IRM effectuée précédemment au CHUV (10.02.2017).

Ce spécialiste fait immédiatement stopper le traitement erroné puisqu'en fait c'était plus indiqué d'effectuer un traitement de physio.

Entretemps, perte de sa musculature.

Le diagnostic posé par ce spécialiste diffère des premières indications:

- Syndrome fémoro-patellaire G décompensé avec surcharge reticanulum-externe,
- Faiblesse du quadriceps et fessiers,
- Raideur des chaînes ant, latérale et post.

Il prescrit donc de la physio 2 X par semaine effectuée par [...], en France.

Soit kinésithérapie, ostéopathie à [...].

Il a subi 10 premières séances de physio, puis un deuxième bon de 9 séances. Il arrive en bout de ce traitement. Il faudra prévoir encore un nouveau bon. Prochain RV chez le Dr. M. \_\_\_\_\_, médecin du sport à la [...] (F) : 05.05.2017 pour une réévaluation.

14. Plaintes de la personne assurée ?

Genou G — boîte, gêne à la marche, et nette augmentation des douleurs en fin de journée, à la sollicitation. Au début, c'était ressenti à 9 s/10, actuellement c'est plutôt 6 s/10 (pic de douleur).

Les escaliers, monter cela ne pose pas trop de problème, en s'élevant avec la jambe G, la jambe en appui. Mais à la descente, plus compliqué. Il ne peut poser tout son poids sur sa jambe G.

Exclu de se mettre à genou, ni fléchir complètement son genou G, ni l'étendre à l'horizontal. Degrés de mobilité en travail chez le physio.

Conduire un véhicule gros problème : il doit appuyer sa main G sur sa jambe G lorsqu'il doit embrayer, pas assez de force. Le pire, c'est lorsqu'il se trouve en colonne, avec bouchon. Rouler, stopper, rouler, calvaire. D'ailleurs, il se passe de conduire sauf pour de courts trajets sans ce type de situation. Sinon, c'est sa compagne qui l'amène aux divers RV, déplacements.

[...] jusqu'à son lieu de travail à [...], ce sont quelques 40 à 45 km, soit 1H30 si bouchons, 1H00 si plus fluide, sinon, 50 minutes.

A domicile, il doit monter 14 marches pour se rendre dans les chambres à l'étage, le lieu de vie se situant bien entendu au rez-de-chaussée de la villa comportant 2 appartements.

Il ressent à la flexion ou l'extension de son genou G, des craquements et comme des aiguilles. Ce qui n'est pas le cas pour son genou D.

Il aurait perdu 3 cm à G sur la circonférence, par rapport à D. Chemin est long, constate des améliorations (extension et flexion).

15. Comment les troubles influencent-ils la capacité de travail ?  
Vu la particularité de son travail, du lieu (déplacements), il lui est impossible de travailler, ce qui le mine particulièrement pour la raison suivante : son équipe de basketteurs avait été invitée aux Swiss games handicaps. Depuis le mois de janvier 2017, il ne peut plus ni courir, encore moins sauter et doit renoncer à cette équipe. Très frustrant pour les jeunes et pour lui.  
Il n'a plus pu faire du ski descente, de fond, ni raquette. La seule chose qui lui reste, c'est la piscine à [...], [...] ou [...].

[...]

6. Impression personnelle motivée ?  
Plusieurs questions se posent : le traitement est-il adéquat (si long)? Exigibilité dans un poste adapté ? Location d'un véhicule automatique, même avec une reprise à 50 % par exemple ? Consilium en Suisse ?  
C'est vraiment bizarre que ce traitement qui n'en finit pas pour une lésion somme toute peu importante....  
L'assuré paraît sincère, mais n'exagère-t-il pas un peu ses limitations ? Ses douleurs ? L'Al devrait être avisée le plus rapidement possible.  
Ces impressions n'ont pas été communiquées à l'assuré, celles-ci sont venues à la réflexion et à la rédaction de ce rapport.

Par certificat médical du 5 mai 2017, le Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale et médecin traitant de l'assuré, a prolongé l'incapacité de travail de l'intéressé jusqu'au 11 juin 2017.

Par rapport médical du 17 mai 2017, les Drs D.\_\_\_\_\_ et P.\_\_\_\_\_, spécialistes en radiologie, ont, à la suite d'une nouvelle IRM du genou gauche de l'assuré, retenu les éléments suivants :

**Indications**

Douleurs de l'interligne externe du genou avec épanchement articulaire. IRM le 10.02.2017 ne montrant pas d'anomalie expliquant les douleurs.

Persistance d'un syndrome fémoro-patellaire avec déficit d'extension et perte de force. Apparition d'une pathologie articulaire ?

**Description**

Examen réalisé sur un appareil Siemens SKYRA, 3 TESLA. Séquences T1 et T2 FATSAT sagittal, DP transverse et coronal FATSAT, SPACE FATSAT 3D.

Pas d'anomalie morphologique ou d'intensité des structures osseuses, cartilagineuse, ligamentaire; tendineuse ainsi que des parties molles articulaires et péri-articulaires.

**Conclusions**

Pas d'élément IRM expliquant les gonalgies du patient.

En date du 9 juin 2017, le Dr M.\_\_\_\_\_ a prolongé l'arrêt de travail jusqu'au 31 juillet 2017, répondant le 14 juin 2017 à un questionnaire de P.\_\_\_\_\_ SA en précisant que l'assuré ressentait des douleurs avec boiterie sur un terrain accidenté, respectivement dans des escaliers. Cette situation posait des problèmes au travail, où il devait gravir huitante-huit marches, le déplacement entre l'entrée et le lieu de travail se faisant sans ascenseur. Le Dr M.\_\_\_\_\_ a conclu à une incapacité totale de travail. Une reprise de l'activité professionnelle ne serait possible qu'une fois les douleurs disparues, dès que le renforcement, le reconditionnement et la réathlétisation seraient terminés et que la mobilité serait ainsi retrouvée.

Le médecin conseil de P.\_\_\_\_\_ SA, le Dr U.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, s'est prononcé en date du 20 juin 2017. Il a retenu un syndrome fémoro-patellaire, une décompensation par la contusion du genou et que le *statu quo ante* avait été retrouvé quatre mois après l'événement accidentel, soit à la fin du mois d'avril 2017.

Par décision du 14 juillet 2017, P.\_\_\_\_\_ SA a mis fin à ses prestations avec effet au 30 avril 2017, retenant qu'en l'absence de lésion

structurelle au genou imputable à la contusion subie et vu la présence d'une affection antérieure d'origine malade, les atteintes dues à l'accident n'étaient plus réputées en lien de causalité avec celui-ci, au plus tard au 30 avril 2017.

L'assuré s'est opposé à la décision précitée en date du 7 août 2017, contestant en substance avoir présenté une affection antérieure d'origine malade à son genou gauche. A l'appui de son opposition, il a produit un rapport médical du Dr M.\_\_\_\_\_, ce dernier retenant les éléments suivants :

Il n'a jamais présenté une quelconque douleur de son genou gauche avant l'accident du 5 janvier 2017. Il n'a jamais consulté pour des douleurs de son genou gauche avant l'accident (pour moi : depuis 2011).

Il me dit n'avoir jamais eu de douleurs du genou gauche avant l'accident (sous-entendu avant 2011 = date de mon suivi comme médecin traitant) et n'a jamais réalisé le moindre examen avec moi-même ou un autre confrère concernant son genou gauche avant l'accident du 5 janvier 2017.

En date du 10 octobre 2017, le Dr U.\_\_\_\_\_ a confirmé sa position, fixant le terme du rapport de causalité avec l'événement accidentel au 30 avril 2017.

Par décision sur opposition du 15 décembre 2017, P.\_\_\_\_\_ SA a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé sa décision du 14 juillet 2017, soutenant qu'un syndrome fémoro-patellaire n'était pas un diagnostic traumatique et ne saurait se développer à la suite d'une contusion telle que subie par l'assuré. Ainsi, il s'était agi d'une affection préexistante transitoirement décompensée.

**B.** Par acte du 8 janvier 2018, V.\_\_\_\_\_ a déféré la décision sur opposition précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant implicitement à son annulation ainsi qu'à la prise en charge, au-delà du 1<sup>er</sup> mai 2017, des frais professionnels et médicaux engendrés par sa blessure au genou. Il contestait l'appréciation du Dr U.\_\_\_\_\_, soulignant notamment l'absence de tout antécédent médical ou chirurgical concernant son genou.

Par réponse du 15 février 2018, P.\_\_\_\_\_ SA a conclu au rejet du recours. Elle fit valoir que les examens IRM effectués dans le cadre de la présente procédure étaient sans particularité et ne mettaient en évidence aucune lésion traumatique, précisant qu'un médecin-conseil avait parfaitement pu se prononcer sans examen clinique, dans la mesure où il avait disposé d'un dossier médical étayé.

Répliquant le 14 mars 2018, l'assuré, désormais représenté par Me Romain Félix, a confirmé les conclusions de son recours, soit la prise en charge des frais médicaux ainsi que le versement d'indemnités journalières au-delà du 30 avril 2017. Se rapportant aux pièces médicales versées au dossier, il rappelait l'absence de trouble au genou gauche avant l'accident du 5 janvier 2017.

Dupliquant en date du 14 mai 2018, P.\_\_\_\_\_ SA a renvoyé à son mémoire de réponse du 15 février 2018, dont elle a confirmé les conclusions.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** Sous réserve de dérogation expresse, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'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 sont sujettes à recours (art. 56 al. 1 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)** Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment 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 let. a LPA-VD).

**c)** En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile devant le tribunal compétent et satisfait en outre aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA). Il y a donc lieu d'entrer en matière.

**2.** Le litige a pour objet le point de savoir si l'intimée est tenue de prendre en charge les suites de l'événement accidentel survenu le 5 janvier 2017 au-delà du 30 avril 2017.

**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 en premier lieu, 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).

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\_383/2018 du 10 décembre 2018 consid. 3.1). 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. 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 ; TF 8C\_441/2017 du 6 juin 2018 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'événement accidentel et l'atteinte à la santé. La causalité doit être considérée comme adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait en cause 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, 402 consid. 2.2; 125 V 456 consid. 5a et les références). En tant que principe répondant à la nécessité de fixer une limite raisonnable à la responsabilité de l'assureur-accidents social, la causalité adéquate n'a pratiquement aucune incidence en présence d'une atteinte à la santé physique en relation de causalité naturelle avec l'accident, du moment que dans ce cas l'assureur répond aussi des atteintes qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références).

**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. 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 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 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 s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (TF 8C\_373/2013 du 11 mars 2014 consid. 3.2 et les références).

**4.** Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. A cet égard, il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, 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 de l'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 dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3 ; TF 9C\_22/2011 du 16 mai 2011 ; consid. 5).

**5. a)** En l'espèce, le recourant conclut à l'octroi de prestations de l'assurance-accident au-delà du 30 avril 2017. Il soutient la présence de douleurs au-delà du 30 avril 2017 et l'absence d'atteinte avant l'événement accidentel.

**b)** Il n'est pas contesté que le recourant a continué à présenter des douleurs au-delà du 30 avril 2017. Le diagnostic de syndrome fémoro-patellaire n'est également pas remis en cause, confirmé par les Drs C.\_\_\_\_\_, I.\_\_\_\_\_ et U.\_\_\_\_\_. Il ressort des articles scientifiques cités par les parties que l'étiologie du syndrome précité est souvent peu claire. Un événement traumatique tel que celui subi par le recourant, soit une chute avec un impact au genou, est par ailleurs mentionné par certains auteurs parmi les facteurs de risque pouvant influencer la survenance d'un tel syndrome (cf. Saubade/Martin/Becker/Gremion, Mieux comprendre le syndrome douloureux fémoro-patellaire pour mieux le traiter, Revue médicale suisse 2014, p. 1451 ss, spécialement p. 1452). Cela étant, il y a lieu en premier lieu de relativiser la gravité de l'événement accidentel, les IRM effectuées ne mettant en évidence aucune anomalie structurelle du genou. A cela s'ajoute que le recourant présente d'autres facteurs de risques tant intrinsèques qu'extrinsèques pouvant expliquer la présence d'un syndrome fémoro-patellaire (cf. Saubade/Martin/Becker/Gremion, op. cit., p. 1452). En effet, pratiquant le basket-ball, il est en outre souvent confronté à des conditions environnementales défavorables (escaliers nombreux sur son lieu de travail) et présente une faiblesse aux quadriceps et aux fessiers (cf. rapport du Dr C.\_\_\_\_\_ du 22 février 2017). On constate également que les rapports médicaux versés au dossier admettent que l'accident a décompensé le syndrome fémoro-patellaire, sans en être la cause. Contrairement à ce que soutient le recourant, il est de jurisprudence constante (ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C\_383/2018 du 10 décembre 2018 consid. 3.1), que le seul fait que des symptômes douloureux ne se soient manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec l'événement accidentel. Il apparaît dès lors, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'existence d'un rapport de cause à effet entre la

symptomatologie douloureuse persistant au-delà du 30 avril 2017 et l'accident en cause ne saurait être qualifiée de probable dans le cas particulier.

**c)** Au vu de la symptomatologie constatée immédiatement après l'accident, soit un hématome et un épanchement au niveau du genou gauche, ce dernier n'ayant pas subi de dommage structurel, l'interruption des prestations au 30 avril 2017, soit près de quatre mois après l'événement accidentel, ne prête pas le flanc à la critique. On admet en effet, comme le retient l'intimée, un certain schématisme quant à l'admissibilité d'une telle durée.

**d)** Sur le vu de ce qui précède, l'intimée n'a pas violé le droit fédéral en mettant un terme aux prestations de l'assurance-accident au 30 avril 2017.

**6. a)** Le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

**b)** La procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

**c)** Le recourant qui voit ses conclusions rejetées ne peut prétendre à des dépens (art. 61 let. g LPGA *a contrario*).

**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 15 décembre 2017 par P.\_\_\_\_\_ SA est confirmée.

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

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Félix, pour le recourant,
- La Vaudoise Compagnie d'assurance SA,
- l'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).

Le greffier :