

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 3 février 2025

Composition : Mme BERBERAT, présidente
Mme Di Ferro Demierre et M. Piguet, juges
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

V._____, à G._____, recourant, représenté par le syndicat Unia Région
Vaud, à Lausanne,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à
Lucerne, intimée.

E n f a i t :

A. V._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1988, travaillait en qualité de monteur sanitaire depuis le 1^{er} novembre 2021 pour le compte de l'entreprise P._____ SA à G._____. A ce titre, il était assuré obligatoirement contre le risque d'accident professionnel et non professionnel auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 8 novembre 2023, l'employeur de V._____ a transmis à la CNA une déclaration d'accident-bagatelle relatant en ces termes un événement du 24 octobre 2023 :

« Monsieur V._____ était à genoux dans un vide sanitaire pour travailler et il s'est appuyé sur un caillou qui a enflammé le genou ».

Consulté le 30 octobre 2023, le Dr T._____, médecin traitant, a indiqué que l'assuré lui avait déclaré avoir « présenté un choc direct au moment de se mettre à genoux » (rapport du 22 mars 2024). Aussi ce médecin a-t-il demandé un bilan radiologique (échographie avec radiographies [face/profil] du genou gauche) ; réalisé le 2 novembre 2023, cet examen a mis en évidence une bursite infra-patellaire.

Souffrant de douleurs au mollet, l'assuré a fait l'objet d'un examen d'imagerie médicale (écho-doppler veineux du membre inférieur gauche) pratiqué le 26 février 2024 et ayant conclu à l'absence de signe de phlébite ou paraphlébite mais à la présence d'une bursite pré-patellaire inflammatoire.

Le 11 mars 2024, V._____ a consulté la Dre C._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans son rapport du même jour, cette médecin a posé le diagnostic de bursite chronique infra-patellaire gauche et, au vu de la persistance des douleurs empêchant la reprise d'une activité professionnelle, préconisé une indication chirurgicale sous la forme d'une

burssectomie. Cette opération a eu lieu le 4 avril 2024 et ses suites ont été simples (lettre de sortie du 5 avril 2024).

Répondant le 19 mars 2024 au questionnaire de la CNA, V._____ a indiqué ce qui suit à propos des circonstances de l'événement du 24 octobre 2023 :

« Au travail, je me suis mis à genou et malheureusement mon genou a tapé sur un caillou ».

Il a ajouté qu'il s'était produit une glissade et qu'il ne s'était jamais plaint du genou auparavant.

Sollicitée pour avis, la Dre Z._____, médecin-conseil auprès de la CNA, a constaté, dans un rapport du 12 avril 2024, que l'événement du 24 octobre 2023 n'avait pas entraîné de lésions structurelles pouvant lui être imputé. En effet, l'assuré avait consulté un médecin six jours plus tard en mentionnant qu'il s'était mis à genoux et que son genou aurait heurté un caillou lors d'une glissade, alors que, dans la déclaration d'accident initiale, il était indiqué qu'il était à genoux dans un vide-sanitaire pour y travailler et qu'il s'était appuyé sur un caillou ayant enflammé le genou. Or le mécanisme importait peu dans la mesure où l'évolution avait été favorable. S'appuyant sur la littérature médicale, la Dre Z._____ a estimé que l'origine de la bursite chronique dont souffrait l'intéressé n'était pas traumatique ni en lien de causalité avec l'événement du 24 octobre 2023, mais qu'elle avait été décompensée de manière passagère par celui-ci. D'après cette médecin, cet événement avait totalement cessé de déployer tous ses effets au plus tard depuis la mi-décembre 2023, à savoir six semaines après un choc du genou gauche contre un caillou ayant tout au plus entraîné une contusion bénigne et superficielle du genou gauche. Aussi la récurrence de février 2024 n'était pas en lien de causalité pour le moins probable avec l'événement du 24 octobre 2023 et devait être considérée comme une atteinte malade, laquelle avait du reste nécessité l'opération du 4 avril 2024, si bien que cette intervention n'était pas non plus en lien de causalité avec l'événement incriminé.

Par décision du 19 avril 2024, la CNA a mis fin au versement de ses prestations (indemnités journalières et frais de traitement) au 5 décembre 2023 au soir, au motif que les troubles qui persistaient après cette date n'étaient plus imputables à l'accident du 24 octobre 2023.

Représenté par le syndicat Unia Région Vaud, V._____ s'est opposé à cette décision en date du 31 mai 2024. Il faisait valoir que l'intervention chirurgicale du 4 avril 2024 avait été rendue nécessaire par les lésions causées par l'accident du 24 octobre 2023. Dans la mesure où, par ailleurs, la Dre C._____ avait affirmé que les mouvements induits par l'exercice de l'activité professionnelle étaient à l'origine de la bursite, il convenait de qualifier cette dernière de maladie professionnelle, si bien qu'il incombait à la CNA d'en assumer à ce titre les frais de traitement au-delà du 5 décembre 2023.

Le 18 juin 2024, V._____ a transmis à la CNA les réponses apportées le 14 juin précédent par la Dre C._____ aux questions posées par sa mandataire. Elle y indiquait que l'accident du 24 octobre 2023 et l'aggravation du 26 février 2024 étaient en lien de causalité. De plus, l'indication à l'intervention chirurgicale du 4 avril 2024 avait été posée « au vu de la présence d'une bursite infra-patellaire chronique au genou gauche survenue dans le cadre de l'activité professionnelle ». D'après cette médecin, la bursite infra-patellaire chronique du genou gauche résultait exclusivement ou de manière nettement prépondérante de l'exercice de l'activité professionnelle.

Par décision sur opposition du 21 juin 2024, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré. Elle a retenu qu'en l'absence d'élément médical susceptible d'infirmier l'appréciation de la Dre Z._____, il y avait lieu de s'en tenir à ses conclusions. Cela étant, la CNA a annoncé qu'elle allait examiner si la bursite ayant nécessité l'intervention chirurgicale du 4 avril 2024 relevait d'une maladie professionnelle au sens de la loi et, en cas de réponse négative, rendrait une nouvelle décision sujette à opposition.

B. **a)** Par acte du 13 août 2024, V._____, toujours représenté par le syndicat Unia Région Vaud, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision sur opposition du 21 juin 2024 en concluant sous suite de frais et dépens, principalement, à sa réforme en ce sens qu'il soit ordonné « à la SUVA la prise en charge du traitement ainsi que les versements des indemnités journalières au-delà du 5 décembre 2023 au soir » et, subsidiairement, à son annulation et au renvoi de la cause à l'administration afin qu'elle mette en œuvre une expertise indépendante. L'assuré faisait valoir que la décision sur opposition litigieuse était uniquement basée sur l'appréciation de la Dre Z._____, qui retenait que, dans la grande majorité des cas, une bursite ne revêtait pas un caractère traumatique. Or il estimait que cet avis n'était pas probant, dans la mesure où il était lacunaire et où il mentionnait l'absence d'incapacité de travail, alors que des certificats médicaux établissaient le contraire. Il soutenait en outre que la médecin d'arrondissement ne l'avait pas examiné personnellement, qu'elle était employée de la CNA, circonstance propre à susciter des doutes quant à son indépendance, et qu'elle ne disposerait d'aucune compétence approfondie ni spécialisée dans le domaine de la chirurgie orthopédique de l'appareil locomoteur, contrairement à la Dre C._____. Ces éléments suffisaient à mettre en doute les conclusions de la Dre Z._____. Aussi convenait-il de privilégier le point de vue de la Dre C._____, selon lequel les lésions causées par l'accident du 24 octobre 2023 avaient rendu nécessaire l'intervention chirurgicale du 4 avril 2024, si bien qu'il fallait admettre l'existence d'un lien de causalité naturelle et adéquate entre cette opération et l'événement incriminé. Afin d'étayer ses dires, l'assuré a produit sous bordereau diverses pièces tirées du dossier administratif constitué.

b) Dans sa réponse du 11 septembre 2024, la CNA a d'emblée rappelé qu'elle avait mis en œuvre des mesures d'instruction afin d'examiner si la bursite ayant nécessité l'intervention chirurgicale du mois d'avril 2024 relevait d'une maladie professionnelle au sens de la loi. Cela étant, elle a indiqué qu'en l'absence d'élément nouveau allégué dans le

mémoire de recours, elle renonçait à déposer une réponse formelle, si bien qu'elle a renvoyé à l'argumentation contenue dans la décision sur opposition querellée et, partant, conclu au rejet du recours.

c) L'assuré n'a pas procédé plus avant.

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 compte tenu de la suspension du délai durant les fêtes estivales (art. 38 al. 4 let. b LPGA, applicable par renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA) 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 à la prise en charge par l'intimée du traitement médical de son genou gauche et à des indemnités journalières pour la période postérieure au 5 décembre 2023 à raison de l'événement intervenu le 24 octobre 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 réputée accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure

extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort.

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_140/2021 du 3 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).

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_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_733/2020 du 28 octobre 2021 consid. 3.3).

4. a) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance

prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées). Il n'existe aucun principe juridique dictant à l'administration ou au juge de statuer en faveur de la personne assurée en cas de doute (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et les références citées).

b) 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_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

c) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs 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 permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur

par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2 ; TFA U 216/04 du 21 juillet 2005 consid. 5.2).

5. a) En l'occurrence, il est mentionné dans la déclaration d'accident initiale que, à la date du 24 octobre 2023, l'assuré était à genoux dans un vide sanitaire pour travailler et qu'il s'est appuyé sur un caillou qui a enflammé le genou. Dans un second temps, soit dans le questionnaire qui lui a été soumis par la CNA, le recourant a indiqué que son genou avait tapé un caillou en raison d'une glissade. Six jours plus tard, le 30 octobre 2023, le recourant a consulté son médecin traitant qui a évoqué des douleurs infra-patellaires et une légère tuméfaction locale (rapport du 22 mars 2024). Un ultra-son, pratiqué le 2 novembre 2023, a mis en évidence une bursite infra-patellaire superficielle, tandis qu'un écho-doppler veineux du membre inférieur gauche a permis d'exclure une thrombose veineuse profonde (compte-rendu d'imagerie du 26 février 2024). Le recourant a bénéficié le 9 novembre 2023 d'une infiltration à la cortisone échoguidée de la bourse infra-patellaire superficielle gauche, étant précisé qu'il y avait peu de liquide. L'intéressé a présenté une incapacité totale de travail du 30 octobre au 10 novembre 2023. Sans se prononcer réellement sur la notion d'accident, l'intimée s'est ralliée à la position de la Dre Z. _____ laquelle a estimé que l'événement en question avait cessé de déployer ses effets six semaines après « le choc du genou gauche présumé » contre un caillou qui avait tout au plus entraîné une contusion bénigne et superficielle du genou gauche. La prise en charge n'est pas contestée par les parties.

Les parties s'opposent, en revanche, quant aux suites de cet événement, notamment la prise en charge de l'intervention chirurgicale du 4 avril 2024. La Cour de céans doit dès lors déterminer si les troubles

présentés par le recourant, ayant entraîné sa prise en charge chirurgicale, sont en lien de causalité avec l'accident du 24 octobre 2023.

b) L'assuré a été mis au bénéfice d'une nouvelle incapacité de travail totale du 3 au 26 janvier 2024, puis dès le 4 mars 2024. Dans l'intervalle, soit le 26 février 2024, l'assuré a présenté une tuméfaction plus importante avec un érythème et également une tuméfaction au niveau du mollet. Une thrombose veineuse profonde a pu être écartée et l'évolution a été favorable sous glace et grâce à la prescription d'anti-inflammatoires (AINS). Le recourant gardait toutefois une tuméfaction locale avec des douleurs en position à genoux et le diagnostic de bursite chronique infra-patellaire gauche a été posé (rapport de la Dre C. _____ du 11 mars 2024).

aa) Quoi qu'en dise le recourant, on doit convenir que la Dre Z. _____ a exposé, sur la base d'éléments objectifs, les motifs pour lesquels elle considérait que le lien de causalité entre l'intervention du 4 avril 2024 et l'accident litigieux devait être nié. Par ailleurs, cette médecin a établi son rapport au terme d'une analyse attentive et exhaustive du dossier, en se penchant sur les documents d'imagerie y figurant et en s'appuyant sur les connaissances tirées de son expérience confrontées à celles relatées dans la littérature médicale appropriée. Le grief tiré de l'absence d'un examen personnel par un médecin de la CNA doit être écarté, dès lors que, selon la jurisprudence, une appréciation médicale établie sur la base d'un dossier a valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'évaluations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d ; TF 8C_469/2020 du 26 mai 2021 consid. 3.2) ; or cette condition est remplie par tous les autres rapports médicaux figurant au dossier.

bb) Dans ce contexte, l'appréciation de la Dre C. _____ n'a pas la portée que lui attribue le recourant. En effet, cette praticienne se limite à affirmer que l'accident du 24 octobre 2023 est en lien de causalité avec l'aggravation du 26 février 2024 et l'opération du 4 avril 2024, sans toutefois étayer son appréciation par un fondement objectif. Au contraire, elle admet que « la bursite infra-patellaire chronique au genou gauche

résulte en effet exclusivement ou de manière nettement prépondérante de l'exercice de [l']activité professionnelle » (courrier de la Dre C. _____ du 14 juin 2024 au conseil du recourant). A cet égard, on relèvera que postérieurement à l'événement du 24 octobre 2023, l'assuré a repris son activité professionnelle de monteur sanitaire à 100 % du 11 novembre 2023 au 2 janvier 2024, puis du 27 janvier au 3 mars 2024. Or tant dans sa décision sur opposition du 21 juin 2024 que dans sa réponse du 11 septembre 2024, l'intimée a précisément indiqué qu'elle diligentait des mesures d'instruction pour examiner si la bursite ayant nécessité l'intervention du 4 avril 2024 relevait de la maladie professionnelle selon l'art. 9 LAA.

c) Le recourant fait encore valoir que l'appréciation de la Dre Z. _____ serait sujette à caution, puisque cette dernière est médecin-conseil de l'intimée et qu'elle n'est pas spécialiste en chirurgie orthopédique.

Or, le fait qu'un médecin soit lié à l'assureur par un contrat de travail ou de mandat ne constitue pas un motif suffisant pour conclure au manque d'objectivité et à la partialité de ce médecin. L'intéressé n'apporte par ailleurs aucun autre élément permettant de faire naître un doute quant à l'impartialité ou l'indépendance de la médecin d'arrondissement. Au demeurant, les médecins d'arrondissement ainsi que les spécialistes du centre de compétence de la médecine des assurances de la CNA sont considérés, par leur fonction et leur position professionnelle, comme étant des spécialistes en matière de traumatologie, indépendamment de leur spécialisation médicale (TF 8C_108/2020 du 22 décembre 2020 consid. 4.4.2 ; 8C_59/2020 du 14 avril 2020 consid. 5.2 ; 8C_316/2019 du 24 octobre 2019 consid. 5.4 et les arrêts cités).

Le grief du recourant relevant l'absence de compétence et de légitimité du médecin d'arrondissement de la CNA doit ainsi être rejeté.

d) On ne voit en l'occurrence aucune raison de s'écarter de l'appréciation de la Dre Z. _____. Aucun rapport médical ne fait naître un

doute sur le bien-fondé des éléments sur lesquels cette médecin a basé ses conclusions. A cela s'ajoute que la Dre C. _____ ne s'est à aucun moment exprimée sur le rapport de la Dre Z. _____ du 12 avril 2024, plus particulièrement n'a indiqué pour quels motifs objectifs sa consœur aurait mal évalué le *statu quo sine*.

e) Sur le vu de ce qui précède, il convient d'admettre que l'atteinte à la santé du recourant n'était plus, au-delà du 5 décembre 2023, en lien de causalité avec l'accident du 24 octobre 2023, de sorte que la caisse intimée était fondée à mettre un terme au versement de ses prestations à cette date.

6. En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, et la décision sur opposition attaquée confirmée.

7. Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f^{bis} LPGA), ni d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision sur opposition rendue le 21 juin 2024 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.

- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué 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 V._____),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- 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 :