

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 17 septembre 2019

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
Mme Röthenbacher et M. Métral, juges
Greffière : Mme Neyroud

Cause pendante entre :

J._____, au [...], recourant, représenté par CAP Compagnie d'assurance de protection juridique SA, à Lausanne,

et

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

Art. 4 LPGA ; art. 6 al. 1 et 2, 36 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. J._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], travaillait en qualité d'opérateur en horlogerie pour le compte de la société [...] SA. A ce titre, il était assuré contre le risque d'accidents auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 12 février 2018, alors qu'il se trouvait sur le parking de son lieu de travail, l'assuré a glissé sur de la glace et est tombé, ce qui lui a provoqué une douleur à l'épaule gauche. L'employeur a annoncé le cas à la CNA par déclaration d'accident-bagatelle du 16 février 2018.

L'assuré a été en incapacité de travail totale dès le 20 février 2018.

Une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) réalisée le 23 février 2018 a mis en évidence une déchirure totale du tendon du sus-épineux avec une désinsertion du tendon se situant à 1 cm par rapport à son insertion de la tête humérale. Elle a aussi montré un remaniement dégénératif de l'articulation acromio-claviculaire, ainsi qu'une minime infiltration graisseuse de grade I selon la classification de Goutallier.

Dans un rapport du 28 mars 2018, le Dr N._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a constaté une rupture transfixiante du tendon sus-épineux pour laquelle il a préconisé une réparation arthroscopique.

Une déclaration de sinistre, mentionnant une rechute du cas, a été adressée à la CNA le 5 avril 2018.

Par rapport du 24 avril 2018, le Dr S._____, spécialiste en médecine interne générale, a indiqué que la déchirure totale du tendon du sus-épineux constatée concordait avec l'évènement du 12 février 2018.

Lors d'un entretien avec un représentant de la CNA le 1^{er} mai 2018, l'assuré a précisé n'avoir jamais eu de problème au niveau de son épaule gauche avant son accident. Il a par ailleurs expliqué le déroulement de cet évènement, à savoir qu'il avait chuté et atterri directement sur ses deux épaules. Il pensait qu'il avait, par réflexe, tiré le bras gauche en arrière pour amortir sa chute. Il s'était ensuite relevé rapidement pour éviter un véhicule qui reculait. Sur le moment, il avait senti une douleur dans toute l'épaule. Celle-ci lui paraissant supportable, il était tout de même allé travailler. La douleur n'avait cependant cessé d'empirer, si bien qu'il était allé consulter son médecin quatre jours plus tard.

Le cas a été soumis à la Dre M._____, médecin praticien et médecin d'arrondissement de la CNA, laquelle s'est déterminée de la manière suivante le 2 mai 2018 :

« L'IRM faite le 23.02.2018 soit 11 jours après la chute, montre une déchirure totale du tendon du sus-épineux avec une désinsertion du tendon se situant à 1 cm par rapport à son insertion de la tête humérale, mais surtout une minime infiltration graisseuse de grade I selon la classification de Goutallier. Cette infiltration graisseuse de stade I traduit habituellement une lésion ancienne présente depuis environ une année. On peut ainsi lire dans la littérature : lorsqu'un muscle n'est plus tendu par son tendon du fait d'une lésion transfixiante, il présente une désorganisation architecturale avec perte de parallélisme de ses fibres. Avec le temps si la situation perdure l'espace entre les fibres se remplit progressivement de tissus graisseux, jusqu'à ce que le muscle contienne plus de graisse que de muscle. Malheureusement, cette situation n'est pas réversible et contre-indique toute réparation tendineuse car on ne change pas la courroie d'un moteur cassé ! Le stade I selon Goutallier correspond à une infiltration graisseuse en raison d'une lésion d'un tendon présente depuis environ une année. Pas 11 jours. Par ailleurs, le mécanisme de la chute n'est pas susceptible d'avoir entraîné une rupture totale du tendon du sus-épineux ».

Compte tenu de ce qui précède, la CNA a refusé de prendre en charge la réparation arthroscopique, estimant que cette intervention chirurgicale ne présentait pas de lien de causalité avec l'évènement du

12 février 2018. Elle a en outre mis fin aux prestations d'assurance s'agissant des seules suites de l'accident (cf. décision du 9 mai 2018).

Le 17 mai 2018, le Dr N._____ a expliqué à la CNA que l'assuré ne présentait pas de douleurs à l'épaule gauche avant l'accident et que les investigations radiologiques avaient montré une rupture transfixiante du tendon du sus-épineux.

Dans un avis du 1^{er} juin 2018, la Dre M._____ a réitéré que l'accident ne pouvait être à l'origine de la rupture transfixiante du sus-épineux, en l'absence de douleurs violentes et d'impotence fonctionnelle immédiates. La chute - qui avait entraîné une tuméfaction postérieure au niveau de l'épaule gauche - avait tout au plus aggravé, de manière très passagère, un état préexistant d'origine dégénérative avec une rupture totale du tendon du sus-épineux.

Le 6 juin 2018, l'assuré, sous la plume de son conseil, a formé opposition contre la décision du 9 mai 2018, faisant valoir que le Dr N._____ avait, en particulier dans un rapport du 24 mai 2018, exclu une lésion dégénérative préexistante à l'accident.

Par décision sur opposition du 31 juillet 2018, la CNA a confirmé la fin du droit aux prestations.

B. Par acte du 14 septembre 2018, J._____, par l'entremise de son conseil, a déféré la décision sur opposition précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation et à la poursuite des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 21 mai 2018. En substance, il a réitéré les arguments développés dans le cadre de la procédure administrative, visant à reconnaître le caractère traumatique de sa lésion à l'épaule gauche. Il a en outre produit un rapport établi le 12 septembre 2018 par le Dr N._____, dont la teneur est la suivante :

« En complément à mon rapport du 24 mai 2018, ce que je peux rajouter est qu'une infiltration graisseuse de stade I est une

infiltration tout à fait physiologique et que cela ne prouve pas qu'il y a une dégénérescence tendineuse pré-existante.

Pour ma part, je considère que le patient n'avait pas mal à l'épaule avant la chute. La seule chose que l'on pourrait contester est le mécanisme lésionnel. En tombant sur le dos, il est peu probable que l'on se fasse une lésion de la coiffe des rotateurs ».

Dans sa réponse du 22 octobre 2018, la CNA a estimé qu'au vu de l'analyse du mécanisme accidentel, du comportement du recourant immédiatement après sa chute, ainsi que des lésions dégénératives mises en lumière par l'IRM du 23 février 2018, elle était fondée à considérer que les lésions de l'épaule gauche étaient dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie, et par voie de conséquence, à clore le cas.

Répliquant le 10 janvier 2019, l'assuré a réitéré qu'il y avait lieu de suivre les avis du Dr N._____, dont il produisait un nouveau rapport daté du 13 décembre 2018. A teneur de ce dernier, le médecin traitant expliquait que toute chute bras en avant ou sur le côté bras le long du corps, ou sur le coude, pouvait entraîner une rupture de la coiffe des rotateurs de type traumatique. Il a ajouté, s'agissant du fait que le recourant avait continué à travailler après l'accident, que la douleur était plus ou moins supportée selon les personnes, certaines pouvant encore travailler avec une rupture de la coiffe jusqu'à leur opération et d'autres devant être arrêtées en raison d'une douleur. En ce qui concernait l'impotence fonctionnelle, le Dr N._____ estimait qu'elle n'était pas systématique lors de la rupture de la coiffe des rotateurs. Elle était quasiment systématique lors d'une large rupture mais très rare lors d'une rupture du sus-épineux isolée.

Compte tenu des divergences médicales, l'assuré a sollicité la mise en œuvre d'une expertise.

Par duplique du 12 mars 2019, la CNA a maintenu sa position. Le 14 mars 2019, elle a en outre produit un nouvel avis de la Dre M._____ daté du même jour. Il en ressort que l'IRM avait mis en évidence des remaniements dégénératifs, ainsi qu'une infiltration graisseuse, ce qui contredisait l'appréciation du Dr N._____. Par ailleurs,

le mécanisme accidentel décrit par l'assuré n'était pas de nature à entraîner une rupture transfixiante du sus-épineux. Se fondant sur la littérature médicale, elle a ajouté qu'un traumatisme violent au niveau de l'épaule pouvait créer une douleur violente avec une impossibilité de mobiliser l'épaule se traduisant par une désinsertion du tendon au niveau de son insertion osseuse sur le trochiter.

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 au versement des prestations de l'assurance-accidents pour les suites de l'accident du 12 février 2019.

3. a) L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel (art. 6 al. 1 LAA). 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 (art. 4 LPGA). La notion d'accident se décompose ainsi

en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte dommageable, le caractère soudain de l'atteinte, le caractère involontaire de l'atteinte, le facteur extérieur de l'atteinte, enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur. Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident (ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1 avec les références).

Il résulte de la définition même de l'accident que le caractère extraordinaire de l'atteinte ne concerne pas les effets du facteur extérieur, mais seulement ce facteur lui-même. Dès lors il importe peu que le facteur extérieur ait entraîné des conséquences graves ou inattendues. Le facteur extérieur est considéré comme extraordinaire lorsqu'il excède, dans le cas particulier, le cadre des événements et des situations que l'on peut objectivement qualifier de quotidiens ou d'habituels, autrement dit des incidents et péripéties de la vie courante (ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 et les références ; 134 V 72 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1).

b) En l'espèce, selon la description rapportée de l'évènement litigieux, le recourant a glissé sur une plaque de glace alors qu'il se trouvait sur le parking de son lieu de travail et a chuté sur ses deux épaules. Partant, le caractère accidentel, au sens de l'art. 6 al. 1 LAA, est admis, ce qui n'est au demeurant pas contesté.

4. a) 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. 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'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références ; 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_464/2014 du 17 juillet 2014 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. 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_283/2017 du 26 novembre 2017 consid. 4.2).

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 est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et les références ; TF 8C_727/2016 du 20 octobre 2017 consid. 3). 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).

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 tôt ou tard 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_743/2016 du 18 mai 2017 consid. 3.2 et les références).

c) L'art. 6 al. 2 LAA, dans sa teneur au 1^{er} janvier 2017, prévoit désormais que l'assurance alloue aussi ses prestations pour les lésions corporelles suivantes, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie :

- a. les fractures ;
- b. les déboîtements d'articulations ;
- c. les déchirures du ménisque ;
- d. les déchirures de muscles ;
- e. les élongations de muscles ;
- f. les déchirures de tendons ;
- g. les lésions de ligaments ;
- h. les lésions du tympan.

Pour se libérer de son obligation de prêter en cas de lésions figurant dans cette liste, il appartient dès lors à l'assureur-accidents d'apporter la preuve que l'atteinte corporelle est due de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie (BBI 2008 5395, pp 5411 et 5425).

d) D'après 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. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe 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 des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

D'après la jurisprudence, 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 ; 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 465 consid. 4.7 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3). Une valeur probante doit également être accordée aux appréciations émises par les médecins de la CNA, car, selon la jurisprudence, cette institution n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi. C'est la raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, une entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb p. 353 et les références ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

5. a) En l'espèce, il est constant que le recourant présente une atteinte au tendon du sus-épineux de l'épaule gauche. Les déchirures de tendons étant considérées comme des lésions assimilées à un accident au sens de l'art. 6 al. 2 let. f LAA, il appartenait dès lors à l'intimée d'apporter la preuve que l'atteinte corporelle était due de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie pour se libérer de son obligation de prester.

b) Pour ce faire, l'intimée s'est fondée sur les rapports de son médecin d'arrondissement, la Dre M. _____ (rapports des 2 mai 2018, 1^{er} juin 2018 et 14 mars 2019).

S'agissant de la rupture du tendon du sus-épineux, la Dre M. _____ a en substance considéré que :

- le mécanisme de la chute n'était pas compatible avec une rupture transfixiante du sus-épineux,
- l'assuré n'avait présenté ni douleur violente ni impotence fonctionnelle immédiates qui seraient compatibles avec une rupture transfixiante aiguë du sus-épineux,
- la présence d'une infiltration graisseuse signalait l'existence d'une rupture depuis plus d'une année,

- la présence de lésions dégénératives au niveau de l'articulation acromio-claviculaire était sans aucun doute en lien avec la rupture du tendon du sus-épineux, qui avait été usé par frottement.

Pour ces motifs, la Dre M. _____ a estimé que la déchirure au niveau du tendon était de nature dégénérative et ne pouvait être imputée à la chute du 12 février 2018.

c) Néanmoins, les rapports et le raisonnement de la Dre M. _____ sont critiquables à plusieurs égards. Tout d'abord, celle-ci fait une approche essentiellement théorique de la lésion litigieuse, qui ne saurait être transposée sans autre au cas d'espèce, eu égard notamment aux particularités de chacun.

Elle a par exemple noté que « habituellement, les ruptures dégénératives sont les plus fréquentes et leur incidence augmente avec l'âge et l'utilisation de l'épaule lors notamment des mouvements répétitifs ou des mouvements de force » (cf. rapport du 1^{er} juin 2018 p. 3). Or, la Dre M. _____ n'a ni démontré ni allégué que le recourant, âgé de 52 ans au moment de l'accident, aurait effectué de tel mouvements dans sa vie privée ou dans le cadre de son activité professionnelle.

Elle ne s'est pas rattaché non plus au cas particulier lorsqu'elle a indiqué que la présence des lésions dégénératives était sans aucun doute en lien avec la rupture du tendon du sus-épineux. Là encore, son raisonnement s'est fondé sur des généralités médicales qu'elle n'a nourri d'aucune constatation objective.

Par ailleurs, elle a remis en question le récit du recourant, droitier, qui a expliqué avoir tiré son bras gauche en arrière, considérant que « en cas de chute, le bras dominant habituellement, va tenter d'amortir la chute, ce qui pourrait éventuellement déséquilibrer le corps et entraîner une chute plus importante sur l'omoplate G, engendrant une bosse au niveau de l'épaule G (hématome ou une tuméfaction) ». Cette

argumentation, tout à fait théorique, paraît avoir été construite dans le seul but de soutenir la thèse de l'absence d'une atteinte traumatique d'emblée adoptée par la Dre M._____.

Cette dernière, qui n'a au demeurant pas procédé à un examen clinique du recourant, s'est essentiellement fiée aux constatations objectives de l'IRM, montrant la présence d'une déchirure au niveau du tendon de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche. Cependant, cet examen n'a pas qualifié l'origine de la lésion, si bien que la nature dégénérative décrite par la Dre M._____ relève uniquement d'une interprétation personnelle. Or, figurent aussi au dossier le rapport du Dr S._____ qui a estimé que l'atteinte à l'épaule était compatible avec l'accident et ceux du Dr N._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur - ce qui n'est pas le cas de la Dre M._____ - pour qui l'atteinte du recourant est également d'origine traumatique. Ce médecin a en outre livré des explications plausibles quant à l'absence d'une douleur violente et d'une impotence fonctionnelle immédiates, ainsi qu'au sujet de la présence d'une infiltration graisseuse, physiologique selon lui. Partant, si l'on ne saurait en l'état suivre simplement la position du Dr N._____, force est cependant de constater que cet avis d'un médecin spécialisé suffit pour mettre à mal les conclusions de la Dre M._____. L'instruction est dès lors lacunaire et il y a lieu de procéder à une analyse plus poussée de l'origine de la lésion subie par l'intéressé.

d) Par ailleurs, même dans l'hypothèse où les lésions litigieuses devaient être considérées comme étant dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie, se poserait encore la question du *statu quo sine vel ante* en présence d'un accident, comme en l'espèce, pouvant avoir décompensé une atteinte dégénérative préexistante, étant précisé que la Dre M._____ elle-même n'a pas exclu que la chute ait aggravé, bien que de manière passagère, un état maladif préexistant (cf. rapport du 1^{er} juin 2018).

Dans ces circonstances, l'assureur-accidents ne saurait refuser la prise en charge d'une lésion sur la base de l'art. 6 al. 2 LAA, alors qu'il aurait dû y donner suite conformément à l'alinéa 1 de cette même disposition. Ainsi, même s'il devait en définitive être considéré qu'une lésion relevant de la liste figurant à l'art. 6 al. 2 LAA était due de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie, il conviendrait encore de déterminer si l'assureur-accidents ne devrait pas prester, à tout le moins pour une période de décompensation, en application des art. 6 al. 1 et 36 al. 1 LAA, la disposition précitée prévoyant que les prestations ne sont pas réduites lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident.

e) Il convient par conséquent de compléter l'instruction par la mise en œuvre d'une expertise (art. 44 LPGA) comprenant l'appréciation d'un spécialiste en chirurgie orthopédique, aux fins d'éclaircir les questions faisant l'objet des considérants 5c et 5d ci-dessus. Dès lors que c'est à la Caisse intimée qu'il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA), la cause lui sera renvoyée pour qu'elle procède dans ce sens.

6. a) En définitive, le recours doit être admis, en ce sens que la décision entreprise doit être annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA).

c) Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, le recourant a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient de fixer équitablement à 1'500 francs.

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

- I. Le recours est admis en ce sens que la décision sur opposition rendue le 31 juillet 2018 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction.

- II. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents versera à J. _____ 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.

- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- CAP Compagnie d'assurance de protection juridique (pour J. _____) ;
- 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).

La greffière :