

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 7 février 2019

---

Composition : Mme BERBERAT, présidente  
M. Gutmann et Mme Dormond Béguelin, assesseurs  
Greffière : Mme Parel

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**F.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par CAP Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA, à Lausanne,

et

**C.** \_\_\_\_\_, à Bâle, intimée, représentée par Me Christian Grosjean, avocat à Genève.

---

**Art. 6 al. 1 et 2, 10 et 36 al. 1 LAA; 9 al. 2 OLAA; 43, 44 et 61 let. g  
LPGA**

**E n f a i t :**

**A.** F.\_\_\_\_\_, né en [...], (ci-après l'assuré ou le recourant) travaille en qualité de concierge pour la gérance K.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'employeur).

Par déclaration d'accident-bagatelle du 30 mai 2017, l'employeur a annoncé à la C.\_\_\_\_\_ (ci-après : C.\_\_\_\_\_ ou l'intimée) l'événement dont son employé avait été victime le 28 avril 2017. Ainsi, alors qu'il descendait un escalier en déplaçant des sacs poubelles, l'assuré avait chuté et s'était réceptionné sur les genoux. La lésion subie était décrite comme une contusion au ménisque droit.

Le 24 mai 2017, le Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale, a sollicité une IRM du genou droit en posant l'indication de "bilan de gonalgie post-traumatique chez un patient de 50 ans". Dans un rapport du 29 mai 2017 faisant suite à une IRM du genou droit réalisée à la même date, les Drs P.\_\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_\_ du Centre d'imagerie médicale B.\_\_\_\_\_ ont retenu comme diagnostics une fissure complexe de la corne postérieure du ménisque médial sans languette visible et une hyperarthrose de moyenne abondance avec un kyste poplité non tendu.

Le 15 juin 2017, l'assuré a consulté le Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie. Celui-ci a fait réaliser deux radiographies du genou droit, ainsi que cela ressort de la facture n° 804104 du 5 juillet 2017 adressée à la C.\_\_\_\_\_.

Le 22 décembre 2017, l'employeur a transmis à la C.\_\_\_\_\_ une déclaration de sinistre avec l'indication : rechute. Il précisait que l'assuré souffrait de douleurs persistantes depuis l'accident du 28 avril 2017 et qu'il allait se faire opérer le 10 janvier 2018 à la Clinique Q.\_\_\_\_\_.

Selon le protocole opératoire du 10 janvier 2018, l'assuré a subi une méniscectomie du genou par arthroscopie, pratiquée par le Dr H.\_\_\_\_\_. A la suite de cette intervention, l'assuré a été en incapacité de travail totale du 10 janvier au 9 février 2018 (certificat médical établi le 25 janvier par le Dr H.\_\_\_\_\_).

Répondant le 5 février 2018 au questionnaire que lui avait adressé la C.\_\_\_\_\_, l'assuré a notamment précisé que dans les suites immédiates de l'événement du 28 avril 2017, il avait ressenti de faibles douleurs, lesquelles s'étaient intensifiées le lendemain.

Le certificat médical LAA établi le 15 février 2018 par le Dr H.\_\_\_\_\_ indique que l'assuré a subi une entorse du genou droit lors de sa chute du 28 avril 2017 et que le constat radiologique a révélé une déchirure méniscale interne pour laquelle il a subi une arthroscopie du genou droit le 10 janvier 2018. L'orthopédiste précisait qu'à sa connaissance, l'assuré n'avait pas souffert auparavant d'atteintes similaires à la santé.

Le 21 février 2018, l'employeur a informé la C.\_\_\_\_\_ que l'assuré avait repris son activité professionnelle à 100 % le 10 février précédent.

Par avis médical 9 avril 2018, le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin conseil de la C.\_\_\_\_\_, a indiqué qu'une relation de causalité naturelle était probable à plus de 50 % avec le diagnostic de contusion des genoux mais qu'un tel lien était exclu concernant le diagnostic de fissure complexe, horizontale-oblique, du ménisque interne et de kystes (poplité et de l'échancrure) du genou droit. Il a donc conclu que l'arthroscopie du genou droit du 10 janvier 2018 n'était pas imputable à l'accident du 28 avril 2017 et considéré que la fissure complexe du ménisque interne et la présence de kystes au genou droit constituaient un état maladif préexistant et, qu'en l'absence de lésion structurelle imputable à l'événement du 28 avril 2017, ce dernier avait cessé de déployer ses effets dans les douze semaines qui avaient

suivi. Le Dr D.\_\_\_\_\_ a précisé que, si le temps habituel de guérison d'une contusion du genou était de quatre à six semaines, le délai pouvait être prolongé de quatre à six semaines supplémentaires en présence d'un état antérieur.

Par décision du 12 avril 2018, se référant à l'avis de son médecin-conseil, la C.\_\_\_\_\_ a refusé d'allouer à l'assuré les prestations d'assurance requises (traitement médical et indemnité journalière) à la suite de la ménisectomie du 10 janvier 2018 en considérant qu'il n'y avait pas de lien de causalité naturelle et adéquate entre "les troubles actuels" et l'événement du 28 avril 2017.

Par courrier du 23 avril 2018, l'assuré s'est opposé à la décision du 12 avril précédent en faisant valoir que son chirurgien traitant, le Dr H.\_\_\_\_\_, était d'avis que l'intervention du 10 janvier 2018 ainsi que ses suites étaient du ressort de l'assurance-accidents et que ce spécialiste était à l'évidence le mieux placé pour prendre position dès lors qu'il disposait des connaissances et des compétences indispensables.

Par décision sur opposition du 23 juillet 2018, la C.\_\_\_\_\_ a rejeté l'opposition et confirmé la décision du 12 avril 2018 mettant fin aux prestations au 10 janvier 2018. Pour l'essentiel, elle a repris l'argumentation développée précédemment en relevant que l'événement du 28 avril 2017 avait "au plus" provoqué une aggravation passagère de l'état maladif préexistant, soit la présence d'une fissure complexe du ménisque interne et de kystes au genou droit.

**B.** Par acte de son mandataire, CAP Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA, F.\_\_\_\_\_ a recouru le 13 septembre 2018 contre la décision sur opposition du 23 juillet 2018 en concluant principalement à l'annulation et à ce qu'il soit constaté que le cas doit être pris en charge par l'assurance-accidents. Subsidiairement, il a conclu à l'annulation et au renvoi de la cause à l'intimée pour complément d'instruction. Le recourant fait valoir que l'intimée s'est contentée de se baser sur le seul avis médical émis par son médecin-conseil pour mettre un terme à ses prestations. Elle

relève que ledit rapport, succinct, ne remplit pas les exigences légales en matière de rapport d'expertise probant, dans la mesure où il ne fait pas état d'une anamnèse complète et qu'il est contredit par l'avis du Dr H. \_\_\_\_\_ et l'IRM du 29 mai 2017, laquelle met bien en évidence qu'il a subi une déchirure du ménisque interne du genou droit et que ce diagnostic est en relation de causalité directe avec la chute du 28 avril 2017. Il ajoute n'avoir jamais eu de problème avec son genou droit avant cette chute. Enfin, il relève que l'arthroscopie du genou droit du 10 janvier 2018 a contribué à l'amélioration sensible de son état et que l'évolution est favorable. En annexe, le recourant a produit des pièces dont un courrier du 8 août 2018 du Dr H. \_\_\_\_\_ qui a la teneur suivante :

"[...] je confirme que l'état du genou du patient susmentionné est en relation avec sa chute du 28 avril 2017, avec comme conséquence, une entorse.

L'IRM confirme qu'il s'agit d'une déchirure du ménisque interne droit, ce qui explique la symptomatologie du patient, et la relation de ce diagnostic avec la chute.

De ce fait, une indication chirurgicale sous forme d'une arthroscopie a été pratiquée le 10 janvier 2018 à la Clinique Q. \_\_\_\_\_ à [...].

Depuis l'évolution est tout à fait favorable, le patient progresse bien, va beaucoup mieux suite à l'intervention."

Par réponse du 4 octobre 2018 de son conseil, Me Christian Grosjean, l'intimée a conclu au rejet du recours. Reprenant l'argumentation développée dans la décision dont est recours, l'intimée fait valoir que les conclusions de son médecin-conseil, le Dr D. \_\_\_\_\_, sont parfaitement fondées eu égard aux faits de la cause. Elle relève que le recourant a attendu quasiment un mois avant de consulter pour la première fois le Dr N. \_\_\_\_\_ et qu'aucune incapacité de travail n'est intervenue avant le 10 janvier 2018, date de l'arthroscopie du genou droit pratiquée par le Dr H. \_\_\_\_\_. Ainsi, selon l'intimée, il ne fait aucun doute que si la chute sur les deux genoux le 28 avril 2017 avait occasionné une fissure complexe du ménisque interne et des kystes au genou droit, le recourant aurait consulté un médecin et se serait trouvé en incapacité de travail immédiatement. Pour le surplus, elle soutient que le rapport du Dr H. \_\_\_\_\_ - dont elle relève qu'il est le chirurgien traitant du recourant - est fondé sur un raisonnement "post hoc, ergo propter hoc" impropre, à teneur de la jurisprudence, à établir un rapport de causalité naturelle.

L'intimée soutient que les conclusions de son médecin-conseil sont parfaitement concluantes, à savoir que le lien de causalité naturelle et adéquate s'est éteint douze semaines après l'accident du 28 avril 2017, soit au plus tard à la fin du mois de juillet 2017, et qu'il n'y avait dès lors pas à instruire plus avant la situation médicale du recourant.

Dans sa réplique du 22 octobre 2018, le recourant a informé la Cour de céans qu'il n'avait pas d'explications supplémentaires à fournir, tous ses moyens de preuve et ses réquisitions ayant été produits dans le cadre du recours du 13 septembre 2018. Il a confirmé ses conclusions.

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

**1. a)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (art. 1 de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents [LAA; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

Dans le canton de Vaud, la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

**b)** En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36]) et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

**2.** Le litige porte sur le droit du recourant au versement des prestations de l'assurance-accidents pour les suites de l'événement du 28 janvier 2017 au-delà du 10 janvier 2018.

**3. a)** Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel ou de maladie professionnelle. 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 (art. 4 LPGA). En vertu de l'art. 10 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir (a) au traitement ambulatoire dispensé par le médecin, le dentiste ou, sur prescription de ces derniers, par le personnel paramédical ainsi que par le chiropraticien, de même qu'au traitement ambulatoire dispensé dans un hôpital, (b) aux médicaments et analyses ordonnés par le médecin ou le dentiste, (c) au traitement, à la nourriture et au logement dans la division commune d'un hôpital, (d) aux cures complémentaires et aux cures de bain prescrites par le médecin et (e) aux moyens et appareils servant à la guérison.

**b)** L'obligation éventuelle de l'assureur d'allouer ses prestations suppose un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans la survenance de l'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. En effet, il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique 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 ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur les renseignements médicaux, et qui doit être tranchée à l'aune du principe du degré de vraisemblance prépondérante, appliqué généralement à l'appréciation des preuves en matière d'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas 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, 129 V 402 consid. 4.3; TF 8C\_858/2008 du 14 août 2009, consid. 3).

**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. a)** A teneur de l'art. 6 al. 2 LAA, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016, le Conseil fédéral pouvait inclure dans l'assurance des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences

d'un accident. Faisant usage de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 9 al. 2 aOLAA (Ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982; RS 832.201), également en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016, selon lequel certaines lésions corporelles sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. Ces lésions corporelles sont les suivantes :

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

**b)** Le nouvel art. 6 al. 2 LAA, entré en vigueur le 1<sup>er</sup> 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.

**c)** La notion de lésion assimilée à un accident a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. Aussi, les assureurs-accidents LAA doivent-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait en principe être couvert par l'assurance-maladie. Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2

aOLAA - dont la liste est exhaustive (ATF 123 V 43 consid. 2b) - sont assimilées à un accident même si elles ont, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 139 V 327 consid. 3.1, 129 V 466, 123 V 43 consid. 2b, 116 V 145 consid. 2c, 114 V 298 consid. 3c).

**d)** A l'exception du caractère extraordinaire de la cause extérieure, toutes les autres conditions constitutives de la notion d'accident mentionnées à l'art. 4 LPGA doivent être réalisées en cas de lésion corporelle assimilée à un accident. En particulier, l'existence d'un facteur extérieur doit être établie. En l'absence d'une cause extérieure — soit d'un événement similaire à un accident, externe au corps humain, susceptible d'être constaté de manière objective et qui présente une certaine importance —, fût-ce comme simple facteur déclenchant des lésions corporelles énumérées à l'art. 9 al. 2 aOLAA, les troubles constatés sont à la charge de l'assurance-maladie (ATF 129 V 466 consid. 4 et 123 V 43; TF 8C\_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 4.2).

**e)** L'exigence d'un facteur dommageable extérieur n'est pas donnée lorsque l'assuré fait état de douleurs apparues pour la première fois après avoir accompli un geste de la vie courante (par exemple en se levant, en s'asseyant, en se couchant ou en se déplaçant dans une pièce, etc.), à moins que le geste en question n'ait sollicité le corps, en particulier les membres, de manière plus élevée que la normale du point de vue physiologique et dépasse ce qui est normalement maîtrisé d'un point de vue psychologique. La notion de cause extérieure suppose en effet qu'un événement générant un risque de lésion accru survienne. Tel est le cas notamment lors de changements de position du corps, qui sont fréquemment de nature à provoquer des lésions corporelles selon les constatations de la médecine des accidents (brusque redressement du corps à partir de la position accroupie, le fait d'accomplir un mouvement violent ou en étant lourdement chargé, ou le changement de position corporelle de manière incontrôlée sous l'influence de phénomènes extérieurs (ATF 129 V 466 consid. 4.2.2).

**f)** Le droit aux prestations pour une lésion assimilée à un accident prend fin lorsque le retour à un statu quo ante ou un statu quo sine est établi. Toutefois, de telles lésions seront assimilées à un accident aussi longtemps que leur origine malade ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, n'est pas clairement établie. On ne se fondera donc pas simplement sur le degré de la vraisemblance prépondérante pour admettre l'évolution d'une telle atteinte vers un statu quo sine. Sinon, on se trouverait à nouveau confronté, immédiatement après avoir admis l'existence d'une lésion assimilée à un accident, à la difficulté de distinguer entre l'origine accidentelle et malade de cette atteinte (TF 8C\_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 4.2, 8C\_551/2007 du 8 août 2008 consid. 4.1.2, 8C\_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 2).

**5.** 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 LPG), 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).

**6.** Est litigieuse, en l'espèce, la question de savoir si le recourant a droit aux prestations de l'assurance-accidents pour les troubles ayant nécessité l'arthroscopie pratiquée le 10 janvier 2018. Celui-ci estime, en accord avec son chirurgien traitant, que la déchirure du ménisque du genou droit est d'origine traumatique, soit une conséquence naturelle en lien avec l'accident du 28 avril 2017, de sorte qu'elle doit être prise en charge par l'assurance-accidents. Pour sa part, l'intimée se réfère à l'avis de son médecin-conseil, qui considère que l'événement du 28 avril 2017 n'était pas de nature à entraîner la fissure complexe constatée, mais uniquement les symptômes liés à une contusion pour laquelle le statu quo sine a été atteint environ douze semaines après l'événement annoncé en l'absence de lésion structurelle imputable à l'événement précité.

**7.** Amenée à trancher ce litige, la Cour constate que s'opposent en l'espèce deux points de vue : celui du chirurgien traitant du recourant, d'une part, et celui du médecin-conseil de l'intimée, tous deux spécialistes en chirurgie orthopédique, d'autre part. Ce dernier exclut l'origine accidentelle de la lésion méniscale constatée sans en expliquer les raisons. Il en va de même de l'avis figurant dans le rapport sommaire du Dr H. \_\_\_\_\_ du 8 août 2018, alors que les deux praticiens se fondent sur le même rapport d'IRM du 29 mai 2017. En l'absence d'analyse de la situation médicale et de motivation des conclusions des médecins précités, la Cour de céans n'est pas en mesure de trancher le litige de façon sûre. Dans ces circonstances, il se justifie, conformément à la jurisprudence rappelée au considérant 5 ci-dessus, de renvoyer la cause à l'intimée pour qu'elle ordonne une expertise médicale afin de départager les opinions du médecin conseil, d'une part, et du chirurgien traitant, d'autre part. Par ailleurs, le dossier du recourant doit être complété notamment par la production des radiographies réalisées par le Dr H. \_\_\_\_\_ le 15 juin 2017 (cf. facture n°804104) et d'un protocole opératoire détaillé.

**8. a)** Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit

renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration est en principe justifié lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative; *a contrario*, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

**b)** En l'espèce, il ressort des considérants qui précèdent que l'instruction menée par l'intimée est lacunaire et ne permet pas de se prononcer en connaissance de cause. Il convient par conséquent de renvoyer la cause à l'intimée afin qu'elle mette en œuvre une expertise orthopédique et fasse verser au dossier les pièces mentionnées au consid. 7 in fine, dès lors que c'est à elle 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 LPGGA).

En ce sens, la conclusion subsidiaire du recours est bien fondée.

**9.** Sur le vu de ce qui précède, le recours doit être partiellement admis. La décision sur opposition du 23 juillet 2018 est annulée, la cause étant renvoyée à l'intimée pour nouvelle décision. Le recours est rejeté pour le surplus.

L'arrêt est rendu sans frais (art. 61 let. a LPGGA).

Le recourant, qui obtient gain de cause sur sa conclusion subsidiaire avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à une indemnité de dépens à charge de l'intimée qu'il convient de fixer à 1'500 fr. (art. 61 let. g LPGGA).

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

- I. Le recours est partiellement admis.
  
- II. La décision sur opposition rendue le 23 juillet 2018 par C.\_\_\_\_\_ est annulée et la cause lui est renvoyée pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.
  
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.
  
- IV. L'intimée C.\_\_\_\_\_ versera au recourant F.\_\_\_\_\_ une indemnité de dépens de 1'500 fr. (mille cinq cents francs).

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 SA, à Lausanne (pour le recourant),
- Me Christian Grosjean, avocat à Genève (pour l'intimée),
- Office fédéral de la santé publique, à Berne,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17

juin 2005 sur le Tribunal fédéral; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :