

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 7 juillet 2011

Présidence de Mme THALMANN
Juges : M. Bonard et Mme Rossier, assesseurs
Greffière : Mme Mestre Carvalho

Cause pendante entre :

C._____, à Begnins, recourant, représenté par DAS Protection Juridique SA, à Lausanne,

et

J._____, à Martigny, intimée.

Art. 4 LPGA; art. 6 al. 1 et 2, et art. 36 al. 1 LAA; art. 9 al. 2 OLAA

E n f a i t :

A. C._____, né le 20 juillet 1963, travaille à Z._____ en tant que directeur commercial (secteur «*Parfums et Lunettes*») auprès de l'entreprise R._____ SA, sise à V._____. A ce titre, il est assuré obligatoirement contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la J._____ (ci-après : la J._____).

Par déclaration d'accident-bagatelle LAA du 24 octobre 2008, l'employeur de l'assuré a annoncé que ce dernier avait eu un accident le 28 août 2008, survenu dans les circonstances suivantes :

"L'assuré s'est encoublé sur le bord du trottoir et s'est tapé le genou sur la bordure et a chuté. Il était dans le garage de [...]. Il n'est pas all[é] consult[er] tout de suite. Rendez-vous chez son médecin le 22.10.2008. Il va effectu[er] des radios et un[e] IRM à la Clinique de T._____."

Une imagerie par résonance magnétique (IRM) et des radiographies du genou droit ont été effectuées le 24 octobre 2008, au Centre de diagnostic radiologique de T._____. Il résulte ce qui suit du rapport établi le même jour par le Dr A._____, radiologue FMH :

"IRM DU GENOU DROIT

1. Du point de vue osseux et cartilagineux :

Absence d'anomalie de signal des différentes pièces osseuses examinées. Pas d'altération manifeste des cartilages articulaires.

2. Du point de vue tendineux et ligamentaire :

Intégrité du pivot central, des ligaments latéraux et de l'appareil extenseur.

3. Du point de vue méniscal :

Ménisque externe : absence d'anomalie de signal ou de morphologie significative du ménisque.

Ménisque interne : discontinuité horizontale depuis la base d'insertion jusqu'à la surface tibiale et bord libre de la corne postérieure du segment moyen du ménisque interne. Formation d'un kyste méniscal au contact de la base réalisant une distension du faisceau superficiel du ligament latéral interne.

Absence d'épanchement intra-articulaire significatif décelable.
Pas de kyste poplité objectifable.

CONCLUSION

Déchirure étendue de la corne postérieure et segment moyen du ménisque interne, associée à la formation d'un kyste méniscal.
Le reste de l'examen est sans anomalie notable."

Dans son rapport du 4 novembre 2008, le Dr P._____, chirurgien orthopédique FMH, a repris les conclusions du Dr A._____. S'agissant du déroulement de l'accident du 28 août 2008, il a mentionné, selon les dires du patient, le «*développement d'un syndrome méniscal interne droit*» suite à une chute dans un parking.

Par fax du 21 novembre 2008, la J._____ a reçu un avis d'entrée de la clinique de F._____ concernant une hospitalisation en division privée prévue le 16 décembre 2008. Par fax du 24 novembre 2008, la J._____ a informé cette clinique qu'en l'absence de renseignements suffisants, la garantie des frais relatifs à cette hospitalisation ne pouvait être accordée.

Il résulte d'un rapport du 4 décembre 2008 de l'inspecteur des sinistres de la R._____ SA, qui a eu un entretien le 26 novembre 2008 avec l'assuré, notamment ce qui suit :

"Je me suis encoulé sur le bord du trottoir dans le parking [souterrain] de [...]. Je me suis tapé le genou droit sur la bordure et ensuite je suis tombé. Je portais une valise à la main droite. Immédiatement j'ai senti des douleurs à mon genou droit. Je me suis dit, que [c]'est le choc et que les douleurs disparaîtront. Etant donné que les douleurs étaient toujours existantes le soir, j'ai pris du Voltaren et des anti-douleurs.

La première consultation auprès du Dr P._____ à la clinique F._____ [a] eu lieu le 22.10.2008. Un[e] IRM [du] genou droit a été réalisé[e] le 24.10.08.

Conclusion de cet[te] IRM : une déchirure étendue de la corne postérieure et segment moyen du ménisque interne, associée à la formation d'un kyste méniscal.

[L'assuré] n'a pas effectué de physiothérapie à ce jour.

Malgré des douleurs constantes, notre assuré n'a pas été en incapacité de travail. Il a demandé un avis médical auprès du Dr X._____, orthopédiste à N._____.

L'intervention de son ménisque interne aura lieu le 16 décembre 2008 par le Dr P._____ à la clinique de F._____.

Monsieur C._____ m'a informé ce jour qu'il n'avait pas d'antécédents concernant le genou droit.

Notre assuré est entr[é] le 01.06.1997 au service de R._____ SA / L._____.

Il occupe actuellement le poste de directeur commercial « Parfums et Lunettes ».

Ses hobbies sont : le ski alpin, le ski de fond et la marche.

Caisse maladie : B._____ SA, complément privé"

Par courrier électronique du 6 décembre 2008, l'assuré a confirmé à l'inspecteur des sinistres que l'intervention précitée aurait lieu le 16 décembre 2008. Celui-ci lui a répondu par courrier électronique du 9 décembre 2008 qu'il avait pris bonne note de la date de l'opération.

Le 16 décembre 2008, le Dr P._____ a procédé à une arthroscopie du genou droit de l'assuré.

Par décision du 22 janvier 2009, la J._____ a considéré que sa prise en charge devait être limitée dans le temps, attendu que, d'après son médecin-conseil, les lésions du genou droit de l'assuré existaient déjà avant l'accident du 28 août 2008, lequel n'avait fait qu'aggraver momentanément un état dégénératif préexistant. Dans ces conditions, la J._____ admis la prise en charge du cas jusqu'à la date de l'IRM, soit jusqu'au 24 octobre 2008. Elle a retenu que dès le 25 octobre 2008, la relation de causalité naturelle entre les troubles du genou droit et l'accident ne pouvait être admise au degré de la vraisemblance prépondérante, et que les soins donnés à compter de cette date relevaient de l'assureur-maladie de l'intéressé, à savoir la caisse B._____ SA.

Par opposition du 18 février 2009, la caisse B._____ SA a fait valoir que la J._____ se référait sans preuve à un état dégénératif préexistant, et que même à admettre l'existence de troubles dégénératifs dans le cas particulier, il appartenait malgré tout à l'assureur-accidents d'assumer la prise en charge médicale de l'assuré jusqu'à la reconnaissance du caractère exclusivement maladif ou dégénératif de l'atteinte à la santé.

L'intéressé, de son côté, s'est opposé à la décision de la J._____ par acte du 20 février 2009. En substance, il s'est plaint du caractère lacunaire du dossier constitué par l'assureur, et a soutenu que ce dernier avait violé le droit fédéral en refusant de prendre en charge l'entier des frais médicaux liés à l'accident du 28 août 2008.

Il résulte du rapport du 20 avril 2009 du Dr Q._____, spécialiste FMH en orthopédie et en traumatologie et médecin-conseil de la J._____, notamment ce qui suit :

"APPRECIATION

L'assuré, âgé de 45 ans, a été victime d'une chute avec contusion du genou droit contre la bordure d'un trottoir le 28.08.2008.

L'événement est annoncé le 24.10.2008 et une première consultation médicale a lieu le 22.10.2008, soit 2 mois plus tard. On diagnostique une déchirure horizontale étendue de la corne postérieure et du segment moyen du ménisque interne, associée à un kyste méniscal interne.

L'examen radiologique révèle de discrets troubles dégénératifs fémoro-patellaires.

L'assuré bénéficie d'une arthroscopie du genou droit, en date du 16.12.2008, pour traitement de la déchirure du ménisque interne et du kyste méniscal. A noter que cet examen confirme une chondropathie rotulienne.

Les kystes méniscaux sont rares. On évalue leurs incidences à 0.25% pour les méniscectomies internes et 2% pour les méniscectomies externes.

Il s'agit habituellement de lésions isolées, sans autre atteinte des structures du genou.

L'étiologie et la physiopathologie des kystes méniscaux sont encore l'objet de controverses. Néanmoins, l'**origine dégénérative** est retenue par la plupart des auteurs.

La dégénérescence myxoïde du collagène entraîne la formation du kyste intra-méniscal (ou de microkystes dans l'épaisseur du ménisque), qui progresse du centre vers la périphérie pour s'extérioriser, expliquant ainsi l'association entre kyste et lésion méniscale.

Le clivage horizontal du ménisque, associé à une tuméfaction latérale, est influencé par divers éléments structuraux et biomécaniques.

L'histoire clinique plaide également en faveur d'une **origine dégénérative** avec des douleurs chroniques dans plus de 2/3 des cas.

Les constatations arthroscopiques sur le ménisque ont un **caractère non traumatique** avec une atteinte du segment moyen (dans plus de 75% des cas) sous forme d'un clivage horizontal (ce qui est le cas chez cet assuré), d'une lésion transversale ou d'une lésion complexe (dans plus de 95% des cas).

Le caractère traumatique, sous forme d'une anse de seau ou de languette, demeure exceptionnel (moins de 5% des cas).

En conclusion, l'étiologie, la physiopathologie, l'histoire clinique et les constatations arthroscopiques parlent en faveur d'une **origine dégénérative des kystes méniscaux** et des clivages (ou déchirures) méniscaux associés.

La relation de causalité entre l'événement du 28.08.2008 et le diagnostic de déchirure horizontale de la portion moyenne et postérieure du ménisque interne, associée à un kyste méniscal interne[,] est tout au plus possible (inférieure à 50%).

De plus, l'assuré a été victime d'un choc direct, responsable d'une contusion du genou droit et il ne s'agit habituellement pas d'un événement vulnérant susceptible d'entraîner une lésion méniscale.

Le statu quo sine après l'événement du 28.08.2008, responsable d'une contusion du genou, a été rétabli dans les **2 mois**."

Par décision sur opposition du 7 janvier 2010, la J._____ a confirmé son premier prononcé et a rejeté les oppositions des 18 et 20 février 2009.

B. Le 8 février 2010, C._____ a recouru contre cette décision en concluant, avec dépens, à son annulation, la J._____ devant prendre en charge l'ensemble des frais médicaux et d'hospitalisation au-delà du 24 octobre 2008, verser les indemnités journalières dues au recourant pour toute incapacité de travail attestée et liée à l'accident ainsi qu'au traitement de ses lésions, et prendre en charge toutes les prestations futures liées à l'accident. En substance, l'assuré fait valoir qu'aucun document médical au dossier ne permet d'attribuer les lésions constatées à un état exclusivement dégénératif de son genou droit. Par ailleurs, il soutient que l'intimée a manqué à son devoir d'information et a contrevenu au principe de la bonne foi, s'agissant de la prise en charge de l'hospitalisation du 16 décembre 2008.

A l'appui de ses dires, le recourant a notamment produit une lettre adressée par le Dr P. _____ à son conseil le 1^{er} octobre 2009, dont la teneur est la suivante :

"1)- La seule explication à la lésion constatée lors de l'arthroscopie pratiquée le 16.12.2008 est la survenue de cet accident en date du 28 août 2008.

2)- Lors de l'arthroscopie du 16 décembre 2008, je n'ai constaté aucune lésion dégénérative du genou droit de Monsieur C. _____.

3)- En aucun cas, le laps de temps écoulé entre le jour de l'accident soit le 28 août 2008 et la date de la première consultation le 22 octobre 2008 est un critère permettant d'exclure le lien entre l'accident et la lésion.

4)- Un élément à preuve de ce qui avancé ci-dessus est que Monsieur C. _____ n'avait à ce jour jamais présenté de problème au genou gauche de cet ordre (survenue d'un syndrome mécanique assez typique)."

Dans sa réponse du 18 mars 2010, l'intimée a conclu au rejet du recours. Pour l'essentiel, elle renvoie à l'argumentation développée dans sa décision sur opposition du 7 janvier 2010, tout en écartant les griefs invoqués par le recourant quant à une éventuelle violation du devoir d'information.

Les parties ont maintenu leurs conclusions dans leurs écritures ultérieures.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) 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 auprès du tribunal des assurances compétent (art. 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). En l'espèce, formé le 8 février 2010 contre la décision sur opposition du 7 janvier 2010, le recours a été interjeté en temps utile. Pour le surplus, répondant aux prescriptions de formes prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le présent recours est recevable.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est donc compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 125V 413 c. 2c; 110V 48 c. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) Le litige porte sur le point de savoir si la J._____ était fondée à refuser d'allouer à l'assuré des prestations en relation avec l'accident du 28 août 2008 au-delà du 24 octobre 2008.

3. 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. 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).

L'obligation de l'intimée d'allouer, au-delà du 24 octobre 2008, des prestations pour l'événement dont le recourant a été victime suppose l'existence, à ce moment-là, d'un lien de causalité naturelle (ATF 119 V 335 c. 1; 118 V 286 c. Ib et les références) et d'un rapport de causalité adéquate (ATF 123 V 98 c. 3d; 123 V 137 c. 3c; 122 V 416 c. 2a et les références) entre cet événement et l'atteinte à la santé.

La causalité est naturelle 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 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 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 l'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 c. 3.1 p. 181, 402 c. 4.3.1; 119 V 335 c. 1; 118 V 286 c. Ib et les références; TF 8C_535/2008 du 2 février 2009 c. 2.2). 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 événement (raisonnement «post hoc ergo propter hoc»; ATF 119 V 335 c. 2b/bb p. 341 s.; RAMA 1999 n° U 341 p. 407 s., c. 3b). 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_698/2007 du 27 octobre 2008 c. 2.2). Toutefois, si le principe «post hoc ergo propter hoc» ne suffit pas en soi à établir un rapport de causalité entre une atteinte à la santé et un accident (ATF 119 V 335 spéc. 341 ss),

on ne saurait pas davantage lui dénier toute valeur lorsqu'il est mis en relation avec d'autres critères médicalement déterminants. Finalement, si l'expert judiciaire est d'avis que d'après la description que l'assuré lui a faite de l'accident, celui-ci est de nature à causer le traumatisme constaté, un juge ne peut pas, sans motif pertinent, purement et simplement substituer sa propre appréciation à celle de l'expert (TFA U 349/05 du 21 août 2006).

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 c. 3.2; 129 V 402 c. 2.2; 125 V 456 c. 5a et les références).

4. a) Selon l'art. 6 al. 2 LAA, le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. En vertu de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 9 al. 2 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents, RS 832.202), 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 :

- 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.

Cette liste est exhaustive (ATF 116 V 136 c. 4a p. 140 et les références). La notion de lésion corporelle assimilée à un accident a pour

but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. L'assureur-accidents doit ainsi assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait souvent être couvert par l'assurance-maladie. Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA 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, tout au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 129 V 466). Il faut qu'un facteur extérieur soit une cause possible de la lésion, au moins à titre partiel, pour qu'une lésion assimilée à un accident soit admise (TF 8C_696/2007 du 27 octobre 2006 c. 4.2 et les références).

La jurisprudence a précisé les conditions d'octroi des prestations en cas de lésion corporelle assimilée à un accident, en prévoyant qu'à l'exception du caractère extraordinaire de la cause extérieure, toutes les autres conditions constitutives de la notion d'accident doivent être réalisées (cf. art. 4 LPGA). En particulier, 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 présentant une certaine importance - fût-ce comme simple facteur déclenchant des lésions corporelles énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA, les troubles constatés sont à la charge de l'assurance-maladie (ATF 129 V 466 c. 4; TF 8C_35/2008 du 30 octobre 2008 c. 2.1).

L'existence d'une lésion corporelle assimilée à un accident doit ainsi être niée dans tous les cas où le facteur dommageable extérieur se confond avec l'apparition (pour la première fois) de douleurs identifiées comme étant les symptômes des lésions corporelles telles qu'énumérées à l'art. 9 al. 2 let. a à h OLAA. De la même manière, 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 c. 4.2.2).

Le Tribunal fédéral a en outre précisé, dans le cadre de l'art. 9 OLAA, qu'on ne peut admettre qu'une lésion assimilée - malgré son origine en grande partie dégénérative - a fait place à l'état de santé dans lequel se serait trouvé l'assuré sans l'accident (*statu quo sine*), tant que le caractère désormais exclusivement maladif ou dégénératif de l'atteinte à la santé n'est pas clairement établi. A défaut, en effet, 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 dégénérative ou accidentelle de cette lésion (TF 8C_357/2007 du 31 janvier 2008 c. 2; TFA U 220/02 du 6 août 2003 c. 2; cf. également Duc, La jurisprudence du TFA concernant les lésions tendineuses, RSAS 2000, pp. 529 ss, plus spécialement 534 ss).

On ne recherche pas si les lésions constatées sont d'origine uniquement accidentelle, mais, inversement, si elles sont d'origine exclusivement dégénérative. Le fait que ces lésions ont au moins été favorisées par des atteintes dégénératives ne suffit pas à exclure le droit aux prestations. C'est précisément dans de tels cas de figure, où l'influence d'un facteur extérieur, soudain et involontaire, ne peut être clairement exclue, que l'art. 9 al. 2 OLAA impose d'assimiler les lésions tendineuses à un accident. Le but est ainsi d'éviter de mener systématiquement de longues procédures et expertises médicales en vue d'établir la question de la causalité naturelle en cas d'atteintes figurant dans la liste de cette disposition, étant admis qu'un certain nombre de cas en soi du ressort de l'assurance-maladie sont mis à la charge de

l'assurance-accidents (ATF 129 V 466 c. 3; TF U 162/06 du 10 avril 2007 c. 5.2.1 et 5.3).

D'après l'art. 36 LAA (concours de diverses causes de dommages), les prestations pour soins, les remboursements pour 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 (al. 1).

b) En l'espèce, le Dr Q._____, médecin-conseil de l'intimée, expose que de manière générale, l'étiologie, la physiopathologie, l'histoire clinique et les constatations arthroscopiques parlent en faveur d'une origine dégénérative des kystes méniscaux et des clivages (ou déchirures) méniscaux associés. Au cas d'espèce, il souligne plus particulièrement que le recourant a été victime d'un choc direct responsable d'une contusion du genou droit, circonstances qui ne sont habituellement pas constitutives d'un événement vulnérant susceptible d'entraîner une lésion méniscale. Cela étant, il estime que la relation de causalité entre l'événement du 28 août 2008 et le diagnostic de déchirure horizontale de la portion moyenne et postérieure du ménisque interne, associée à un kyste méniscal interne, est tout au plus possible. Il ne l'exclut donc pas. En outre, le Dr P._____, qui a procédé à l'arthroscopie du 16 décembre 2008, précise que la seule explication à la lésion constatée lors de cette intervention est la survenue de l'accident du 28 août 2008. Il ajoute qu'au cours de ladite arthroscopie, il n'a observé aucune lésion dégénérative du genou droit du recourant, et que le laps de temps écoulé entre le jour de l'accident, soit le 28 août 2008, et la date de la première consultation, à savoir le 22 octobre 2008, n'est pas un critère permettant d'exclure le lien entre l'accident et la lésion en question. De plus, il relève que le recourant n'a jamais présenté de problème de cet ordre au genou gauche.

En définitive, la documentation médicale ne permet donc pas de conclure que les lésions en cause sont d'origine exclusivement dégénérative.

En conséquence, il incombe à l'intimée de prendre en charge les suites de l'accident du 28 août 2008 au-delà du 24 octobre 2008.

Vu l'issue du litige, il n'y a pas lieu d'examiner les autres moyens invoqués par le recourant.

7. a) En conclusion, le recours doit être admis et la décision sur opposition du 7 janvier 2010 réformée, en ce sens que la J._____ doit assumer la prise en charge des suites de l'événement du 28 août 2008 au-delà du 24 octobre 2008.

b) La procédure étant gratuite, il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. a LPGA). Le recourant, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire autorisé, a droit à des dépens qu'il convient d'arrêter à 2'000 fr., à la charge de l'intimée (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision sur opposition rendue le 7 janvier 2010 par la J._____ est réformée en ce sens que cet assureur prendra en charge les suites de l'accident du 28 août 2008 au-delà du 24 octobre 2008.
- III.** La J._____ versera à C._____ 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.
- IV.** Il n'est pas perçu d'émolument judiciaire.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- DAS Protection Juridique SA (pour le recourant),
- J. _____,
- 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 :