

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 14 novembre 2019

Composition : Mme PASCHE, présidente
M. Métral et M. Bonard, assesseur
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

Q. _____, à [...], recourant, représenté par Loyco SA, à Les Acacias (GE),

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à
Lucerne, intimée, représentée par Me Didier Elsig, avocat à Lausanne.

Art. 4, 43 al. 1, 44 et 61 let. c LPGA ; 6 al. 1 et 36 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. Q._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], travaille depuis le 1^{er} janvier 2013 à plein temps pour le compte de la société P._____ SA, à [...]. A ce titre, il est assuré pour les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Par déclaration de sinistre LAA du 24 mars 2017, l'employeur a annoncé un incident survenu le 23 mars 2017, décrit en ces termes : « En descendant les escaliers, l'assuré est glissé en avant. Ses bottes étaient mouillées ». La partie du corps atteinte était le genou gauche (déchirure) et le travail a été interrompu dans les suites immédiates de cet événement.

La CNA a pris le cas en charge.

Les premiers soins ont été prodigués le jour de l'accident par les médecins du Service d'orthopédie et de traumatologie à l'[...] ([...]). Dans un rapport de consultation du 23 mars 2017 daté du 5 juillet 2017, les Drs X._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et D._____, médecin-assistante, ont diagnostiqué une contusion simple du genou gauche. A l'examen clinique, le genou gauche présentait une légère tuméfaction diffuse sans déformation, ni hématome, avec des douleurs à la palpation des interlignes articulaires des deux côtés et des insertions du ligament latéral interne et externe. Il n'y avait pas de douleur à la palpation de la rotule, ni du plateau tibial, ni de la tête du péroné, ni du ligament rotulien, pas de laxité, et un genou stable avec un signe de glaçon positif. La motricité active et passive était complète mais douloureuse en fin de mouvement à la flexion et la motricité de l'appareil extenseur conservée. Des radiographies du genou gauche (face, profil - axiale de rotules) effectuées le 23 mars 2017 au Service de radiologie du [...] n'ont pas mis en évidence de fracture ni luxation, mais ont permis de visualiser une calcification

linéaire millimétrique en regard de la région supra-condylienne externe du fémur gauche sur l'incidence de face.

Le 31 mars 2017, une échographie du genou gauche a mis en évidence une tendinopathie du tendon de la patte d'oie post-traumatique gauche (rapport du 31 mars 2017 du Dr G._____, spécialiste en radiologie).

L'assuré a repris le travail le 10 mai 2017 à 100 %.

Par rapport d'imagerie par résonance magnétique (IRM) du 13 juin 2017, les Drs R._____, spécialiste en radiologie et ultrasonographie prénatale, et W._____, spécialiste en radiologie, ont relevé ce qui suit :

“Conclusion :

Petite fissure de la corne postérieure du ménisque médial sans languette visible. Chondropathie focale modérée très débutante mais stade 4 du compartiment fémoro-tibial médial.

Hydarthrose de moyenne abondance avec une ébauche de kyste poplité.

Petite souffrance et infiltration de la face profonde des tendons de la patte d'oie sans véritable bursite associée.”

A l'arrêt de travail depuis le 27 juin 2017, l'assuré a subi une arthroscopie du genou gauche le 30 juin 2017 par le Dr J._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur (rapport médical initial LAA du 5 juillet 2017 du Dr J._____).

Dans un avis établi sur dossier le 20 juillet 2017, la Dre H._____, médecin d'arrondissement de la CNA, a estimé que l'opération chirurgicale du 30 juin 2017 était tout au plus en lien de causalité possible avec l'événement du 23 mars 2017. Selon cette médecin, en l'absence de lésion structurelle visible mais avec des lésions dégénératives préexistantes, la chute de l'assuré avait tout au plus décompensé de manière passagère un état préexistant, de sorte qu'au plus tard le 30 juin 2017 l'événement accidentel avait totalement cessé de déployer ses effets.

Par décision du 26 juillet 2017, la CNA a mis fin à ses prestations (indemnités journalières et frais de traitement) à compter du 26 juin 2017.

Dans un rapport du 2 août 2017 au médecin-conseil de la CNA, le DrA._____, médecin traitant de l'assuré, a fait savoir qu'en consultation du 26 juin 2017, le Dr J._____ avait constaté une déchirure du ménisque interne suite à l'accident du 23 mars 2017, puis procédé à une arthroscopie avec résection d'une languette méniscale de la corne antérieure et postérieure du ménisque interne le 30 juin 2017, l'assuré ayant repris le travail le 31 juillet 2017 à 100 %. Le médecin traitant demandait à la CNA de verser ses prestations d'accident pour la période courant du 26 juin 2017 au 30 juillet 2017.

Les 17 août et 24 novembre 2017, assisté de son conseil Loyco SA mandaté dans l'intervalle, l'assuré s'est opposé à la décision du 26 juillet 2017. A l'appui de sa contestation, il a nié la valeur probante de l'avis de la médecin d'arrondissement de la CNA, et a sollicité la poursuite du versement des prestations de la CNA au-delà du 26 juin 2017.

Par rapport du 12 septembre 2017, la Dre H._____ a confirmé son évaluation du 20 juillet 2017. Elle a notamment indiqué ce qui suit :

“[...] Nous pouvons donc affirmer que cet assuré présente des lésions préexistantes à l'événement du 23.03.2017. La chute du 23.03.2017 n'a pas entraîné de lésion structurelle sur les radiographies ni à l'échographie du genou le 31.03.2017 pouvant lui être imputée. Quant à l'IRM effectuée le 13.06.2017, celle-ci a mis en évidence une lésion du ménisque d'origine dégénérative. La chute a tout au plus décompensé de manière très passagère des lésions dégénératives préexistantes.

Ainsi les troubles présentés le 12.06.2017 et qui ont conduit à l'IRM du genou G ne sont pas en lien de causalité certain ni même probable avec l'événement du 23.03.2017. Ils sont à peine possible. La chute a décompensé de manière passagère une situation préexistante et on peut retenir qu'à trois mois de la chute, l'événement incriminé avait totalement cessé de déployer ses effets. D'ailleurs l'assuré avait repris son activité durant près d'un mois le

10.05.2017 avant de présenter de nouveaux symptômes et une impotence fonctionnelle. [...]”

Le 6 avril 2018, le conseil de l'assuré a transmis à la CNA une copie du protocole opératoire de l'intervention du 30 juin 2017 qui ne figurait alors pas au dossier, à la teneur suivante :

“DIAGNOSTIC : Entorse du genou G avec déchirure méniscale.

TYPE D'OPERATION : - Arthroscopie du genou G.
- Ménisectomie Int : corne moy - post.
- Toilette chondrale.

DESCRIPTION DE L'INTERVENTION :

Intervention pratiquée sous garrot pneumatique.
Caméra introduite par voie externe, et instruments arthroscopiques par voie interne.

Compartiment fémoro-patellaire :

- Pas de chondrite sur les deux versants articulaires, rotule s'axant correctement dans l'articulation.
- Synovite pour laquelle nous pratiquons une synovectomie.
- Toilette chondrale classique à l'aide du shaver.

Compartiment fémoro-tibial interne :

- Chondrite stade II globale au niveau du condyle, et stade IV de 2cm² au niveau du condyle, pour laquelle nous pratiquons une toilette chondrale classique à l'aide du shaver.
- Déchirure verticale, radiaire, de la corne moyenne s'étendant jusque sur la corne postérieure.
Nous réséquons cette languette méniscale à l'aide des pinces arthroscopiques et du shaver.
- Synovite pour laquelle nous pratiquons une synovectomie.
- Toilette chondrale classique à l'aide du shaver.

Compartiment fémoro-tibial externe :

- Pas de chondrite sur les deux versants articulaires.
- Synovite pour laquelle nous pratiquons une synovectomie.
- Toilette chondrale classique à l'aide du shaver.

Fermeture par points séparés à la peau.”

Le conseil de l'assuré a également produit un rapport du 4 avril 2018 du Dr J. _____, dont il ressort ce qui suit :

“La lésion méniscale interne constatée lors de l'opération est, à mon avis, à mettre en relation avec la chute dans les escaliers le 23 mars. Dans ce contexte, l'opération devrait donc être prise en charge par la SUVA. On note également des troubles chondros du

compartiment interne qui n'ont rien à voir avec l'accident pré existant. Il ne représente pas l'élément principal en relation avec la symptomatologie du patient.”

Le dossier de l'assuré a été à nouveau soumis à la médecin d'arrondissement de la CNA. Aux termes de son appréciation médicale complémentaire du 24 avril 2018, la Dre H._____ a pris position sur les dernières pièces médicales recueillies au dossier, estimant que celles-ci n'étaient pas susceptibles de modifier son évaluation du 12 septembre 2017.

Par décision du 3 mai 2018, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé la décision querellée du 26 juillet 2017. Elle a retenu, en s'en référant à l'avis de sa médecin-conseil, que l'intéressé présentait des lésions préexistantes à l'événement du 23 mars 2017 de sorte que ce dernier avait simplement aggravé de façon temporaire un état préexistant. La CNA a dès lors confirmé mettre un terme aux prestations d'assurance (indemnités journalières et frais de traitement) à compter du 26 juin 2017.

B. Par acte du 31 mai 2018, Q._____, représenté par Loyco SA, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à la prise en charge des suites de l'événement du 23 mars 2017 au-delà du 26 juin 2017, et subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimée afin qu'elle mette sur pied une expertise. En substance, il fait valoir que l'intimée a violé son droit d'être entendu en lui adressant la dernière appréciation de son médecin d'arrondissement en même temps que sa décision sur opposition du 3 mai 2018. Il relève ensuite que la Dre H._____ n'est pas titulaire d'une formation de chirurgien orthopédique ou de chirurgien FMH, regrettant que les Drs F._____ et K._____, tous deux spécialistes en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, n'aient pas été consultés. Il soutient que l'appréciation de la Dre H._____ ne peut se voir reconnaître une pleine valeur probante. Dans une argumentation subsidiaire, il relève qu'il subsiste quoi qu'il en soit des doutes suffisants quant à la pertinence et la fiabilité des pièces médicales

établies à l'interne, estimant la mise sur pied d'une expertise au sens de l'art. 44 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) nécessaire.

Le 20 juin 2018, le recourant a produit un rapport du 29 mai 2018 du Dr L._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, selon lequel toute la discussion de la CNA se base initialement sur un dossier incomplet (auquel manque notamment le protocole opératoire du Dr J._____, du 30 juin 2017) et porte tout d'abord sur une hypothétique déchirure horizontale du ménisque, alors qu'au moment de l'arthroscopie, le chirurgien intervient sur une déchirure verticale et radiaire de la corne moyenne du ménisque interne qui est une atteinte évoquant plutôt une origine traumatique.

Dans sa réponse du 8 novembre 2018, la CNA a maintenu sa position. Elle s'est référée à une appréciation du 6 novembre 2018 de la Dre T._____, médecin du centre de compétences de la CNA, spécialiste en chirurgie générale et traumatologie, qu'elle produit, selon laquelle le rapport du Dr L._____ ne remet pas en cause les conclusions de la Dre H._____ dès lors que le recourant présente une atteinte de son ménisque interne gauche sous forme d'un remaniement / usure, conjointement à une chondropathie stade II en tout cas et même IV de même qu'à un pincement articulaire modéré qui ne peuvent être apparus en l'espace de dix semaines.

Le 4 janvier 2019, le recourant a produit un avis du Dr L._____ du 14 décembre 2018, dont il ressort en particulier que sur la base des images d'IRM, et non sur les constatations de visu du médecin opérateur, la Dre H._____ avait considéré en date du 24 avril 2018 qu'une déchirure verticale radiaire serait d'ordre dégénérative alors qu'elle avait affirmé le 12 septembre 2017 que la présumée déchirure horizontale du ménisque représentait également une atteinte dégénérative. Le Dr L._____ a expliqué que dans les faits, les études montrent que les lésions verticales du ménisque sont en principe traumatiques.

E n d r o i t :

1. **a)** La LPGA 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) 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 à des prestations de l'assurance-accidents pour la période postérieure au 26 juin 2017.

3. Les modifications de la LAA introduites par la novelle du 25 septembre 2015 (RO 2016 4375), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017, sont applicables au cas d'espèce.

4. **a)** Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Selon l'art. 4 LPGA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort.

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette

exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration, le cas échéant le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans le droit des assurances sociales. 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 citées ; TF 8C_36/2017 du 5 septembre 2017 consid. 3.1).

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 129 V 177 consid. 3.2 et les références citées ; TF 8C_727/2016 du 20 octobre 2017 consid. 3). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 138 V 248 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_220/2016 du 10 février 2017 consid. 7.3).

c) 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 réduites 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 citées).

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).

5. En l'occurrence, il ressort des pièces médicales versées au dossier que le recourant a présenté à la suite de l'événement accidentel (chute dans les escaliers) des douleurs au genou gauche. S'il est exact qu'il a repris son activité professionnelle le 10 mai 2017, il allègue cependant que les douleurs ne se sont pas amendées. Il est ainsi allé consulter le Dr J._____, lequel a effectué le 30 juin 2017 une arthroscopie du genou gauche avec méniscectomie et toilette chondrale. S'il n'est pas contesté que la synovite et la chondrite ne sont pas en lien avec la chute du 23 mars 2017, l'intimée n'était cependant pas fondée à mettre un terme à ses prestations au 26 juin 2017 sur la base du rapport de la Dre H._____ du 20 juillet 2017. En effet, même si la lésion avait partiellement une origine malade ou dégénérative, l'accident a au moins déclenché les symptômes et conduit à l'intervention chirurgicale du 30 juin 2017.

A cet égard, on relèvera en premier lieu que lorsqu'a été diagnostiquée une contusion du genou gauche, aucun examen d'imagerie détaillé n'avait été mis en œuvre, mais uniquement des radiographies du genou gauche, qui n'ont pas mis en évidence de fracture. Toutefois le 31 mars 2017, l'échographie de ce genou a permis de constater la présence d'une tendinopathie du tendon de la patte d'oie de nature post-traumatique (cf. rapport du 31 mars 2017 du Dr G._____), et le 13 juin 2017 a notamment été mise en évidence par IRM une petite fissure de la corne postérieure du ménisque. Quant au Dr J._____, il a relevé la présence lors de l'intervention du 30 juin 2017 d'une déchirure verticale, radiaire, de la corne moyenne s'étendant jusqu'à la corne postérieure (cf. protocole opératoire du 30 juin 2017). Interpellé spécifiquement par le représentant de l'assuré sur la nature post-traumatique de cette lésion, le Dr J._____ a précisé le 4 avril 2018 que la lésion méniscale interne qu'il avait constatée lors de l'intervention était à mettre en relation avec la chute dans les escaliers survenue le 23 mars 2017.

Quant à la Dre H._____, elle soutient dans son appréciation du 24 avril 2018 qu'il y a eu une reprise de l'activité professionnelle, puis une impotence fonctionnelle qui est survenue un mois après la reprise de

l'activité professionnelle, avec mise en évidence de la lésion méniscale sur l'IRM du 13 juin 2017. Or le seul fait que le recourant ait tenté de reprendre son activité sur une courte période ne permet pas encore de considérer que la lésion méniscale est de nature strictement dégénérative, à plus forte raison en l'absence de réalisation d'un examen d'imagerie comme l'IRM finalement effectuée le 13 juin 2017. Le recourant expose qu'il souffrait quoi qu'il en soit encore du genou lors de la tentative de reprise d'activité. Dans ces conditions, la Dre H. _____ ne pouvait fixer le *statu quo sine* en se fondant uniquement sur le délai habituel de guérison d'une contusion, ni soutenir que l'événement accidentel n'avait fait que décompenser de manière passagère des lésions dégénératives préexistantes. Dans une telle situation, on est en droit d'attendre du médecin qui entend nier l'origine accidentelle des lésions constatées qu'il étaye son point de vue et fournisse des explications circonstanciées sur le processus - non traumatique - qu'il estime être à l'origine de l'ensemble des lésions constatées et sur les raisons précises pour lesquelles le mécanisme accidentel n'a pas pu objectivement causer lesdites lésions. Or en l'absence de telles explications, il ne peut être accordé de valeur probante aux appréciations de la Dre H. _____, pas plus qu'à celles de la Dre T. _____, laquelle n'a pas effectué d'examens ou d'investigations complémentaires, se limitant à discuter, sur dossier, de la valeur à accorder aux avis antérieures - eux-mêmes déjà établis exclusivement sur dossier - de la médecin d'arrondissement de la CNA.

Il existe ainsi des divergences conséquentes d'appréciation entre les différents médecins qui ont examiné l'assuré, respectivement son dossier médical.

Selon la jurisprudence, 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'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (cf. ATF 137 V 210 et 122 V 163 consid. 1d).

En l'occurrence, au vu des contradictions en cause, il s'avère que les faits pertinents n'ont pas été constatés de manière complète, de sorte que la question litigieuse de savoir si les troubles dont est atteint le recourant au-delà du 26 juin 2017 sont dus, ou non, à l'accident du 23 mars 2017, ne peut être résolue. Il se justifie par conséquent de renvoyer la cause à l'intimée - à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA -, afin qu'elle mette en œuvre une expertise orthopédique conformément à l'art. 44 LPGA aux fins d'éclaircir la situation médicale du genou gauche du recourant. Cela fait, il lui appartiendra de rendre une nouvelle décision statuant sur les prétentions du recourant.

Au vu de l'issue du présent litige, la violation de son droit d'être entendu dont se prévaut le recourant est sans objet.

6. a) En conclusion, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à la CNA pour complément d'instruction puis nouvelle décision au sens des considérants.

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, 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 2'000 francs.

**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 3 mai 2018 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction puis nouvelle décision au sens des considérants.

III. Il n'est pas perçu de frais de justice.

IV. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents versera à Q. _____ une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Loyco SA (pour Q. _____),
- Me Didier Elsig (pour la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents),
- Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP),

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 :