

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 11 février 2020

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente
MM. Bonard et Perreten, assesseurs
Greffière : Mme Chapuisat

Cause pendante entre :

Y._____, à Lausanne, recourant,

et

P._____, à Lucerne, intimé.

Art. 6 LAM

E n f a i t :

A. a) Y._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1954, maçon indépendant, a effectué son service militaire en 1974. Lors d'un cours de répétition accompli du 14 au 26 avril 1986, il s'est plaint de douleurs aux genoux.

Lors d'une consultation du 2 mai 1986, le Dr X._____, spécialiste en médecine interne générale, a constaté une chondropathie fémoro-patellaire, une hypertension artérielle d'origine indéterminée et un syndrome broncho-obstructif chronique vraisemblablement d'origine tabagique.

Dans un rapport du 27 juin 1986 à l'assurance-militaire, le Dr J._____ a indiqué que du 20 au 28 juin 1985, l'assuré s'était récemment plaint de piquées et de lancées au genou droit, précisant que l'examen clinique ne révélait rien de particulier et que la radiographie du genou droit était sans particularité.

Le 25 juin 1986, l'assuré a consulté le Dr N._____, médecin-orthopédiste, pour des douleurs au genou gauche apparues en avril 1986 lors de son cours de répétition. Suspectant une déchirure du ménisque interne gauche et constatant un kyste poplité asymptomatique au genou droit, ce praticien a proposé une arthroscopie (cf. rapport du 27 juin 1986 du Dr N._____ au Dr X._____).

Le 19 janvier 1987, l'assuré a subi une méniscectomie arthroscopique et une section de l'aileron rotulien à gauche pour une déchirure de la corne postérieure et moyenne du ménisque interne. Une arthroscopie a également été pratiquée au genou droit, à titre diagnostique, laquelle a démontré un compartiment interne et externe intact et une diminution de la consistance du cartilage rotulien.

Par décision du 11 mars 1987, l'Office fédéral de l'assurance militaire a mis l'assuré au bénéfice de ses prestations pour les arthroscopies et la méniscectomie subies au genou gauche.

b) Le 12 avril 1996, le Dr N._____ a examiné l'assuré, qui lui a fait part d'une symptomatologie douloureuse au genou gauche, particulièrement en position fléchie, n'empêchant pas l'intéressé de travailler normalement. Les radiographies effectuées montraient une désaxation externe des deux rotules sans signe d'arthrose, bien que les rotules ne soient pas douloureuses à la pression. Le Dr N._____ a conclu à un discret syndrome rotulien, situation banale eu égard à la position de travail de l'assuré (cf. rapport du 15 avril 1996 du Dr N._____ au Dr X._____).

c) Le 21 octobre 2015, l'assuré a été examiné par le Dr W._____, spécialiste en orthopédie, en raison de gonalgies bilatérales évoluant depuis une dizaine d'années. Dans son rapport du 23 octobre 2015 au médecin-conseil de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, Division assurance militaire (ci-après : la CNA ou l'intimée), le Dr W._____ a notamment écrit ceci :

« Ce tableau clinique douloureux évoluant depuis plusieurs décennies, sous forme de gonalgies antérieures prépatellaires à bascule, tributaires des sollicitations mécaniques imposées sur le long terme dans son activité professionnelle de maçon, interrompue en 2012, correspond cliniquement et radiologiquement à une bursopathie chronique prépatellaire, associée à des calcifications de la corticale prérotulienne sur de probables microtraumatismes répétitifs imposés dans son activité professionnelle sur le long cours, en l'absence d'épanchement intra-articulaire récidivant, en particulier du côté droit, où l'on observe une chondrocalcinose affectant l'ensemble du compartiment fémoro-tibial externe, respectivement le corps méniscal au point d'angle postéro-interne du compartiment fémoro-tibial interne, dans les suites tardives d'une arthroscopie du genou gauche remontant à 1986, associée à une section de l'aileron rotulien externe à visée décompressive, sans avoir à déplorer de troubles dégénératifs secondaires, comme en atteste l'épaisseur conservée de l'interligne fémoro-tibial interne gauche, similaire au côté controlatéral.

Le pied creux varus, associé à une très importante restriction des articulations sous-taliennes, totalement amputées de leur amplitude en valgus, surchargeant chroniquement la colonne externe des deux pieds et induisant une torsion tibiale externe, est par ailleurs péjoré par une rétraction significative des chaînes postérieures, facteurs

susceptibles de favoriser depuis de très nombreuses années un syndrome d'hyperpression à l'endroit des compartiments fémoro-patellaires, de manière bilatérale ».

Par lettre du 9 février 2017, l'assuré a sollicité l'assurance-militaire pour la prise en charge de son genou droit. Selon l'intéressé, une indemnité pour atteinte à l'intégrité se justifiait car il s'était plaint de douleurs aux deux genoux lors de son cours de répétition accompli en 1986, que le Dr N._____ avait diagnostiqué une chondropathie rotulienne du genou droit en 1987 suite à l'arthroscopie, précisant que la chondrocalcinose qui touchait ses articulations de manière épisodique depuis plusieurs années pouvait se propager aux genoux également après une opération.

Par courrier du 19 avril 2017, l'assurance-militaire a informé l'assuré qu'elle entendait rendre une décision concernant l'octroi d'une rente à titre d'atteinte à l'intégrité pour le genou gauche uniquement et de procéder par la suite au réexamen de sa responsabilité à l'égard du genou droit par le biais d'une autre procédure, ce à quoi l'assuré a consenti (cf. courrier de Procap à la CNA du 3 mai 2017).

Par décision du 2 juin 2017, la CNA a alloué à l'assuré une rente à titre d'atteinte à l'intégrité dès le 1^{er} octobre 2015, rachetée d'office, pour les troubles du genou gauche.

Dans une appréciation médicale du 2 novembre 2017, le Dr V._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin d'arrondissement de l'assurance militaire, a retenu notamment ceci :

« Appréciation

Ce patient avait donc déjà présenté une année avant le CR [cours de répétition] concern[é] des gonalgies droites résolues par [traitement] conservateur.

Si les deux genoux avaient été symptomatiques durant le CR de 1986, ce n'est qu'au genou gauche qu'il est constaté lors de l'intervention du 19 janvier 1987 une lésion ayant nécessité un geste chirurgical avec une ménisectomie partielle interne gauche.

Par ailleurs, dans ce même temps opératoire, l'arthroscopie du genou droit n'avait montré aucune lésion, si ce n'est une diminution de la consistance du cartilage rotulien, constatée ddc [réd : des deux côtés]. Celle-ci avait été attribuée à un syndrome rotulien bilatéral.

Ces syndromes rotuliens sont consécutifs la plupart soit à une atteinte de la surface (lésion dégénérative, syndrome d'hyper ou d'hypopression, micro-traumatisme, pathologie vasculaire...), à des problèmes de guidage rotulien (dysplasie rotulienne, mauvais positionnement rotulien, atteinte musculaire) ou consécutive à des problèmes à distance (hypoextensibilité, dysbalance musculaire, hyperlordose lombaire, genu recurvatum, torsion tibiale interne, hyperpronation du pied, pieds creux fixés).

A ce titre, rappelons que le Dr N._____, orthopédiste, avait déjà mentionné dans son courrier du 15 avril [réd. : 1996], une désaxation externe des deux rotules présente aux RX.

Ce trouble statique des rotules entre dans la catégorie des problèmes de guidage rotulien et est à même de créer ce syndrome fémoro-patellaire douloureux qui est d'origine congénitale et non consécutif aux activités consenties durant les 12 jours de CR de 1986.

En outre, dans le cadre des problèmes à distance, mentionné dans le rappel ci-dessus, le Dr W._____ signale des troubles statiques au niveau de pieds entraînant une torsion tibiale externe aggravée par une rétraction significative des chaînes musculaires postérieures pouvant favoriser un syndrome d'hyperpression à l'endroit des compartiments fémoro-patellaires de manière bilatérale et évoluant depuis une dizaine d'années.

Là également, ces troubles statiques n'ont pas pu être créés par les activités consenties durant les 2 semaines de CR accomplies en 1986.

Notons encore, que durant ce CR, il n'y a pas eu de micro-traumatisme, sous forme d'une luxation de rotule par exemple.

Enfin, ces problèmes statiques d'origine constitutionnelle (troubles statiques de pieds non consécutifs au CR de 1986), s'étaient déjà manifestés en 1985, 1 an avant le CR incriminé de 1986, sous la forme de gonalgies du côté droit.

Ces troubles statiques entraînant comme le mentionne le Dr W._____ une irritation chronique, aboutissant à des phénomènes dégénératifs précoces, avec l'apparition de la chondromalacie des deux rotules, ne sont pas imputables au CR de 1986.

Enfin, la chondrocalcinose qui atteint de nombreuses articulations autre que le genou selon les déclarations rapportées dans son propre courrier.

[I] s'agit donc d'une chondrocalcinose poly-articulaire. Cette maladie est le plus souvent primitive, parfois familiales ou secondaire (hémochromatose, hyperparathyroïdie).

Il existe une forme arthrosique et atteinte à ce moment-là plusieurs articulations comme c'est le cas chez ce patient. Sa fréquence augment[e] avec l'âge.

La chondrocalcinose de ce patient ne peut pas être mise sur le compte de l'arthroscopie pratiquée en 1987.

Conclusion

Ce sont donc les troubles statiques (rotule, pieds), qui ont, au degré de vraisemblance prépondérante, créé le syndrome fémoro-patellaire bilatéral et non pas les arthroscopies prises en charge par l'AM en 1986.

Réponse aux questions

Questions :

1. *Quelle lésion l'arthroscopie du genou droit a-t-elle révélée ?*
2. *Cette lésion était-elle antérieure au CR 1986 ?*
3. *Si, oui, l'aggravation en service est-elle éliminée, à partir de quand ?*
4. *Les gonalgies droites décrites dans le rapport du Dr W._____, sont-elles au degré de vraisemblance prépondérante, des suites tardives du CR 1986, respectivement de l'arthroscopie effectuée le 19.01.1987 ?*

Réponses :

1. L'arthroscopie du genou droit de 1986 a révélé une diminution de la consistance du cartilage rotulien marquant par là un début de chondromalacie consécutive au syndrome patellaire bilatéral.
2. Oui, au degré de la vraisemblance prépondérante, puisque le genou droit était déjà symptomatique une année avant le CR de 1986.
3. Cette aggravation est effectivement terminée depuis de nombreuses années. On peut estimer que lors de la consultation du Dr N._____ du 12 avril 1986, qui qualifie la situation de banale en citant un discret syndrome rotulien marquait la fin des effets délétères du CR de 1986.
4. Au degré de vraisemblance prépondérante, les gonalgies droites décrites par le Dr W._____, sont le fruit de troubles statiques qu'il décrit dans le détail dans son courrier du 23 octobre 2015 et non pas, de l'arthroscopie effectuée le 19 janvier 1987 ».

Par décision du 20 mars 2018, confirmant un préavis du 15 février 2018, la CNA a refusé d'admettre sa responsabilité à l'égard des troubles du genou droit. Faisant siennes les conclusions du Dr V._____, elle a en substance retenu qu'il n'était pas établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les troubles du genou droit, reportés

par le Dr W._____ dans son rapport du 23 octobre 2015, étaient les suites des douleurs survenues lors du cours de répétition effectué du 14 au 26 avril 1986, mais que le syndrome fémo-patellaire découlait de troubles statiques. En outre, la chondrocalcinose était à mettre sur le compte de troubles dégénératifs globaux.

Le 2 mai 2018, l'assuré a formé opposition à la décision précitée, estimant que la chondrocalcinose qui s'était propagée à ses deux genoux ne pouvait être mise sur le compte de troubles dégénératifs, mais qu'il s'agissait de séquelles tardives des efforts accomplis pendant le cours de répétition au printemps 1986. Il a également contesté les conclusions de l'appréciation médicale du 2 novembre 2017, au motif que le Dr V._____ défendait les intérêts de l'assurance-militaire. Enfin, il a relevé des erreurs de date dans l'exposé en fait de la décision du 20 mars 2018.

Par décision sur opposition du 25 juin 2019, la CNA a rejeté l'opposition et confirmé son refus de prendre en charge, considérant qu'il n'existait pas de lien de causalité entre les gonalgies au genou droit et le cours de répétition, respectivement l'arthroscopie. Elle a cependant donné raison à l'assuré s'agissant des erreurs de date contenues dans la décision du 20 mars 2018, précisant que celles-ci n'avaient toutefois pas d'incidence sur le bien-fondé de la décision.

B. Par acte du 24 août 2019 (date du timbre postal), Y._____ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision sur opposition susmentionnée, concluant à son annulation. En substance, il a contesté l'appréciation orthopédique du Dr V._____, qui ne l'a jamais ausculté et qu'il accuse de partialité. Il a fait valoir que la chondrocalcinose était une séquelle tardive non pas du cours de répétition mais de l'arthroscopie pratiquée en janvier 1987, ainsi que l'a attesté le Dr W._____ dans son rapport du 21 octobre 2015.

Dans sa réponse du 3 octobre 2019, l'intimée a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision, renvoyant pour l'essentiel aux développements contenus dans la décision sur opposition litigieuse.

Les parties ont présenté leurs déterminations les 29 octobre et 21 novembre 2019, sans invoquer de nouveaux arguments.

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 militaire, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAM [loi fédérale du 19 juin 1992 sur l'assurance militaire ; RS 833.1]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art 56 al. 1 LPGA) devant le tribunal des assurances compétent, à savoir celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (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 la question de savoir si c'est à juste titre que l'intimée a refusé de prendre en charge les troubles du genou droit du recourant.

3. Selon l'art. 6 LAM, si l'affection est constatée seulement après le service par un médecin, un dentiste ou un chiropraticien et est annoncée ensuite à l'assurance militaire, ou si des séquelles tardives ou une rechute sont invoquées, l'assurance militaire en répond seulement s'il

est établi au degré de vraisemblance prépondérante que l'affection a été causée ou aggravée pendant le service ou seulement s'il est établi au degré de vraisemblance prépondérante qu'il s'agit de séquelles tardives ou de rechute d'une affection assurée.

Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même maladie qui se manifeste à nouveau. Une séquelle tardive survient, en revanche, lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a ; 118 V 293 consid. 2c).

Les rechutes et les suites tardives doivent être distinguées des nouvelles affections qui n'ont plus de rapport temporel et matériel avec l'affection prise en charge par l'assurance militaire. Dans ce cas, la responsabilité de l'assurance militaire doit être examinée de manière indépendante selon la règle de l'art. 6 LAM. L'on admet l'existence d'une nouvelle affection quand, par exemple, l'assuré présente de nouveaux symptômes sans rapport avec l'affection assurée ou quand l'atteinte à la santé assurée peut être considérée comme guérie, notamment lorsqu'il s'est écoulé un intervalle suffisamment long durant lequel l'intéressé n'a plus senti de douleurs. Il n'est pas nécessaire pour estimer l'aggravation d'une affection éliminée ou une affection terminée en soi que le patient n'ait absolument plus de douleurs (STEGGER-BRUHIN, Die Haftungsgrundsätze der Militärversicherung, p. 179).

Au demeurant, plus l'écart temporel est grand entre le service militaire et l'apparition de l'atteinte à la santé, plus des exigences strictes doivent être posées quant à la preuve de la vraisemblance du lien de causalité (TFA du 8 février 2002). Lorsque le droit éventuel à des prestations de l'AM doit être tranché à l'aune de l'art. 6 LAM, il appartient à la partie qui demande des prestations d'établir l'existence d'une relation

de causalité au degré de vraisemblance prépondérante, faute de quoi elle risque de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuve (ATF 123 V 137 consid. 3a ; TF 8C_533/2013 du 28 avril 2014 consid. 6).

4. Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

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 citée ; 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).

5. a) Selon le recourant, le Dr W._____, dans son rapport du 23 octobre 2015, observe une chondrocalcinose dans les suites tardives d'une arthroscopie du genou gauche de 1987. Selon lui, cette conclusion peut s'étendre au genou droit pour lequel il avait également subi une arthroscopie diagnostique en janvier 1987. Ainsi, les atteintes actuelles à son genou droit seraient les suites tardives non pas du cours de répétition d'avril 1986, mais de l'arthroscopie pratiquée aux deux genoux en janvier 1987 par le Dr N._____.

b) En l'espèce, l'assurance-militaire a admis sa responsabilité à l'égard des troubles touchant le genou gauche du recourant, sur lequel une méniscectomie arthroscopique et une section de l'aileron rotulien aN._____ le 19 janvier 1987. Si une arthroscopie avait également été pratiquée à titre diagnostique par le praticien précité au niveau du genou droit, elle n'avait révélé aucune anomalie, si ce n'est une diminution de la consistance du cartilage, attribuée à un syndrome rotulien bilatéral, étant relevé qu'aucun suivi médical n'avait été nécessaire pendant une dizaine d'années. Ce n'est ainsi que plus de 30 ans après l'intervention de 1987 que le recourant a sollicité la prise en charge de ses troubles actuels au genou droit.

Dans son appréciation médicale du 2 novembre 2017, le Dr V._____ a clairement exposé que le syndrome fémoro-patellaire bilatéral était imputable aux troubles statiques dont souffre le recourant et que la chondrocalcinose poly-articulaire ne pouvait pas être mise sur le compte de l'arthroscopie pratiquée en 1987. C'est ici le lieu de relever que cette appréciation médicale est claire, complète et approfondie. Elle se fonde sur l'anamnèse du recourant, sur l'ensemble des pièces médicales et sur une lecture des examens auxquels l'intéressé s'est soumis tout au long des années, quand bien même il n'aurait pas été ausculté personnellement par le médecin-conseil de l'assurance militaire. Elle a par conséquent pleine valeur probante et il n'y a dès lors aucune raison valable pour s'écarter des conclusions qui y figurent, quoi qu'en dise le recourant.

En effet, s'agissant du syndrome rotulien bilatéral, force est de constater que celui-ci était probablement antérieur au cours de répétition d'avril 1986, le recourant ayant déjà fait état de douleurs au genou droit en 1985, bien que l'examen clinique et radiographie mené par le Dr J._____ n'avait alors rien relevé de particulier.

En tout état de cause, les radiographies effectuées en 1996 par le Dr N._____, soit près de dix ans après l'arthroscopie, montraient une désaxation externe des deux rotules sans signe d'arthrose, bien que les deux rotules ne soient pas douloureuses à la pression. Ce discret syndrome rotulien avait été mis sur le compte de la profession physique du recourant par le Dr N._____, profession qui a été poursuivie par l'intéressé jusqu'en 2012. L'impact de l'activité professionnelle du recourant sur ses gonalgies a également été mise en évidence par le Dr W._____ dans son rapport du 23 octobre 2015, celui-ci relevant que la bursopathie chronique prépatellaire, révélée par les examens clinique et radiologique, était associée à des calcifications de la corticale prérotulienne sur de probables microtraumatismes répétitifs dans l'activité professionnelle sur le long cours, en particulier du côté droit.

Ainsi, rien ne vient contredire la conclusion du Dr V._____ quant à l'origine du syndrome fémoro-patellaire imputable au trouble statique des rotules. En outre, des troubles statiques au niveau de pieds entraînant une torsion tibiale externe aggravée par une rétraction significative des chaînes musculaires postérieures pouvant favoriser un syndrome d'hyperpression à l'endroit des compartiments fémoro-patellaires de manière bilatérale et évoluant depuis une dizaine d'années ont également été relevés tant par le Dr W._____ (cf. rapport du 21 octobre 2015) que par le Dr V._____ dans son appréciation du 2 novembre 2017.

Il convient dès lors de suivre les conclusions du médecin-conseil de l'assurance militaire, partagées par le Dr W._____, selon lesquelles les troubles statiques entraînant une irritation chronique,

aboutissant à des phénomènes dégénératifs précoces, avec l'apparition de la chondromalacie des deux rotules, ne sont pas imputables au cours de répétition de 1986.

S'agissant de la chondrocalcinose, aucun élément au dossier ne vient étayer la thèse du recourant laquelle elle serait consécutive à l'arthroscopie pratiquée en 1987, ce qui ne ressort d'ailleurs pas clairement du rapport du Dr W. _____ du 23 octobre 2015.

De plus, comme le relève à juste titre l'intimée, la chondrocalcinose atteint, du propre aveu du recourant, plusieurs de ses articulations, sous sa forme arthrosique. Il apparaît donc improbable que le genou droit ait développé cette chondrocalcinose des suites de l'arthroscopie pratiquée en 1987, mais que les autres articulations soient également touchées par cette maladie dont l'origine dégénérative ne semble pas contestable. Cela est d'autant plus vrai que cette chondrocalcinose arthrosique augmente avec l'âge. Il convient de retenir, avec l'intimée, que la chondrocalcinose est à mettre sur le compte de troubles dégénératifs globaux.

c) Sur le vu de ce qui précède, l'existence d'un lien de causalité entre les gonalgies au genou droit du recourant et le cours de répétition d'avril 1986, d'une part, et l'arthroscopie pratiquée en 1987, d'autre part, peut être exclue, au degré de vraisemblance prépondérante exigé par l'art. 6 LAM. Dès lors, il n'appartient pas à l'assurance-militaire de prendre en charge les frais relatifs à la suite de cette atteinte.

6. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée rendue par la CNA, division assurance militaire.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision sur opposition rendue le 25 juin 2019 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, Division Assurance Militaire est confirmée.

- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Y. _____,
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, Division Assurance Militaire,
- 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 :