

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 6 juin 2014

---

Présidence de M. MERZ, juge unique

Greffière : Mme Monod

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

L. \_\_\_\_\_, à [...], recourant,

et

**MUTUEL ASSURANCES SA**, à Martigny, intimée.

---

**Art. 6, 10 et 36 LAA ; art. 11 OLAA ; art. 43 et 44 LPGA.**

**E n f a i t :**

**A.** L.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant suisse né en 1953, exerce l'activité d'enseignant au sein de l'État de Vaud depuis 1991.

Il est obligatoirement assuré à ce titre contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de Mutuel Assurances SA (ci-après également : l'assureur ou l'intimée).

**B.** En date du 24 janvier 2012, il a chuté en descendant les escaliers d'un passage sous-voie à la gare d'[...], se blessant au dos et à l'épaule droite.

L'employeur de l'assuré, conjointement à ce dernier, a déposé une déclaration d'accident-bagatelle LAA auprès de Mutuel Assurances SA, datée \_\_\_\_\_ du 2 février 2012, ne mentionnant aucune incapacité de travail.

Des suites de l'accident du 24 janvier 2012, l'assuré a consulté une ostéopathe, S.\_\_\_\_\_, à raison de trois séances, avant de se rendre dès le 15 mars 2012 auprès du Dr F.\_\_\_\_\_, médecin adjoint auprès du Centre hospitalier G.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, rhumatologie et médecine du sport.

Ce praticien a préconisé neuf séances de physiothérapie, mentionnant sur la prescription corrélative le diagnostic de « probable rupture de la coiffe des rotateurs droite ». Il a relaté, sur une prescription subséquente du 22 mai 2012, une « déchirure du sus-épineux droit ».

Sollicité par Mutuel Assurances SA, le Dr F.\_\_\_\_\_ a complété un rapport médical en date du 5 juin 2012, où il a derechef diagnostiqué une « rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite » et fait part des constatations suivantes :

« Élévation antérieure de l'épaule droite complète, abduction complète, limitation du mouvement des rotations et en particulier en rotation interne. Forte douleur au testing de la coiffe des rotateurs avec nette diminution de la force au testing du sus-épineux ».

Précisant avoir observé sur le plan radiologique une « rupture du cintre avec grosse sclérose de l'insertion du sus-épineux » consécutive à l'accident du 24 janvier 2012, il a recommandé la poursuite du traitement de physiothérapie.

Mutuel Assurances SA a pris en charge les suites du sinistre du 24 janvier 2012, à savoir les frais d'examens et de traitement, en l'absence d'arrêt de travail de l'assuré.

En date du 27 septembre 2012, une arthrographie (arthro-IRM) de l'épaule droite a été effectuée par l'Institut de radiologie I. \_\_\_\_\_ sur demande du Dr F. \_\_\_\_\_, laquelle a mis en évidence ce qui suit :

« [...] Aspect légèrement hyperintense du tendon du sus-épineux faisant suspecter une éventuelle tendinopathie débutante sans véritable rupture.  
Minime omarthrose débutante.  
Pas de bursite ni d'éventuelle rupture tendineuse. »

Sur questions de Mutuel Assurances SA, l'assuré a indiqué le 10 octobre 2012 que le traitement auprès du Dr F. \_\_\_\_\_ n'était pas terminé, à l'inverse des séances de physiothérapie.

Le spécialiste précité a fourni des renseignements complémentaires à l'assureur en date du 28 janvier 2013, à savoir que l'état de son patient était « en lente amélioration », tandis qu'un « traitement de ré-harmonisation cervico-scapulaire selon le concept de Maitland » était envisagé. Il a par ailleurs précisé ce qui suit :

« Étant donné la lente progression, une IRM a été effectuée. Cette dernière a confirmé la rupture de la coiffe des rotateurs mais a révélé des lésions dégénératives, ceci explique la poursuite de la physiothérapie ».

Par décision du 26 février 2013, l'assureur a considéré que les troubles présentés à l'épaule droite au-delà du 27 septembre 2012 n'étaient plus en lien de causalité avec l'accident du 24 janvier 2012, soulignant que l'arthro-IRM effectuée à cette date-là avait permis d'exclure toute lésion traumatique. L'accident en cause aurait dès lors uniquement révélé ou aggravé passagèrement un état maladif préexistant. Partant, Mutuel Assurances SA a mis un terme à la prise en charge du cas dès le 27 septembre 2012 et renvoyé l'assuré à sa caisse-maladie.

**C.** L'assuré s'est opposé à la décision précitée par écriture du 10 mars 2013, où il a mis en exergue les douleurs et limitations entravant partie de ses activités et joint un historique des événements médicaux et assécurologiques des suites de l'accident du 24 janvier 2012. Il a indiqué poursuivre de nouvelles séances de physiothérapie destinées à renforcer sa musculature, lesquelles s'avéraient bénéfiques, en dépit d'une rechute passagère résultant d'un mouvement réflexe en vue d'attraper une bouteille. Considérant que l'ensemble de ses désagréments de santé se trouvaient à son sens exclusivement consécutifs à l'accident du 24 janvier 2012, il a conclu à la poursuite de la prise en charge de ses frais de traitement par Mutuel Assurances SA.

L'assureur a sollicité l'appréciation de son médecin-conseil, le Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, lequel a communiqué les remarques et conclusions suivantes en date du 30 avril 2013 :

« [...] Je n'ai pas d'argument nouveau allant dans le sens contraire de la décision du Groupe Mutuel.

En effet, le 24 janvier 2012, le patient n'a manifestement subi qu'une contusion de son épaule droite (accompagnant peut-être une contusion dorsale).

Le premier examen médical, fait presque 2 mois après, faisait suspecter une lésion significative de la coiffe des rotateurs, mais ne semblait pas inquiétant, puisqu'il n'a pas été assorti d'un bilan radiologique détaillée (CT ou IRM).

Le traitement de la contusion fut appliqué lege artis, par physiothérapie, antalgie.

En septembre 2012, 7 mois après le traumatisme, l'arthrographie-IRM, examen de choix pour la recherche de lésions osseuses

occultes ou tendino-musculaires, voire ligamentaires de l'épaule, n'a pas montré de lésion anatomique pouvant être jugée comme traumatique, rapportée de surcroît à l'événement qui nous concerne. Tout au plus parle-t-il d'une tendinopathie du sus-épineux, pathologie banale pour une personne âgée de 59 ans au moment des faits.

La situation aurait pu être différente si l'IRM avait montré une large déchirure tendineuse ou musculaire, accompagnée, s'il en faut, d'une bursite sous acromiale, ou d'un oedème osseux régional, ou encore une lésion labrale conséquente. Ce ne fut donc pas le cas chez [l'assuré].

Je rappelle que, pour une simple contusion de l'épaule, le délai d'atteinte du status quo ante ne dépasse généralement pas les 3 à 6 semaines. Ce délai peut être repoussé jusqu'à 3 mois, au maximum 6, en fonction des troubles dégénératifs sous-jacents et de leur importance. Dans le cas présent, la tendinopathie du sus-épineux étant mineure, elle ne constitue pas d'argument pour repousser encore la limite maximale précitée (6 mois). »

Vu cet avis médical, Mutuel Assurances SA a rejeté l'opposition de l'assuré par décision sur opposition du 12 juin 2013. Rappelant la jurisprudence fédérale afférente à la notion de lien de causalité, elle a mis en exergue les explications du Dr P. \_\_\_\_\_ et le rapport du Dr F. \_\_\_\_\_ du 28 janvier 2013, lequel a justifié la poursuite de la physiothérapie du fait de lésions dégénératives, pour exclure toute relation de causalité entre les troubles de l'épaule droite et l'accident du 24 janvier 2012. Elle a en conséquence maintenu son refus de prise en charge des traitements prodigués à l'assuré au-delà du 27 septembre 2012.

**D.** Ce dernier a déféré la décision sur opposition susmentionnée à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 11 juillet 2013, arguant de la persistance de ses troubles du bras droit. Il a exposé avoir consulté un médecin spécialiste de l'épaule, tandis qu'une intervention chirurgicale était envisagée en décembre 2013 des suites d'une possible rupture d'un tendon de la coiffe des rotateurs. Il a en définitive conclu à des mesures d'instruction complémentaire dès que le rapport de l'intervention chirurgicale serait connu, se déclarant convaincu que la symptomatologie affectant son bras droit résultait de l'accident du 24 janvier 2012.

En parallèle, l'assuré s'est adressé à Mutuel Assurances SA par courrier également daté du 11 juillet 2013, où en sus d'un bref historique

des événements, il a informé cet assureur de la consultation d'un physiothérapeute, Z.\_\_\_\_\_, conseillé par le Dr F.\_\_\_\_\_, pour procéder à un « bilan Maitland » au sein du Centre hospitalier G.\_\_\_\_\_. Ce praticien aurait constaté « un point douloureux à la jonction vertèbre D4/côte » et des « limitations des mouvements de l'épaule droite, manque de force ». L'assuré précise avoir été orienté vers un spécialiste de l'épaule, le Dr M.\_\_\_\_\_, chirurgien orthopédique. Ce dernier aurait diagnostiqué une rupture partielle d'un tendon de la coiffe des rotateurs et préconisé l'intervention chirurgicale évoquée aux termes de l'acte de recours.

Mutuel Assurances SA a déposé sa réponse le 19 août 2013, proposant le rejet du recours et produisant un extrait du dossier constitué dans le cas du recourant.

En date du 21 août 2013, la Cour de céans a requis la production de l'intégralité du dossier de l'assuré, demande à laquelle l'intimée a donné suite le 10 septembre 2013 en fournissant un second mémoire de réponse, lequel est venu remplacer celui du 19 août 2013, vu la nouvelle pagination des renvois aux pièces de son dossier.

Par mémoire de réponse du 10 septembre 2013, Mutuel Assurances SA a derechef conclu au rejet du recours, réitérant ses déductions quant à l'absence de lien de causalité entre l'accident du 24 janvier 2012 et les troubles de l'épaule droite. Elle a rappelé que le diagnostic de rupture de la coiffe des rotateurs avait été abandonné au profit de celui de tendinopathie du sus-épineux, soit une lésion dégénérative ne pouvant être considérée comme la conséquence d'un accident. Dans la mesure où le diagnostic de rupture de la coiffe des rotateurs venait à être confirmé suite aux examens médicaux effectués courant 2013, un lien avec l'accident du 24 janvier 2012 ne serait pas davantage établi en l'absence d'une telle rupture sur l'arthro-IRM réalisée le 27 septembre 2012. S'agissant par ailleurs de l'incident relaté par l'assuré en février 2013, où il aurait voulu rattraper une bouteille par

mouvement réflexe, il ne saurait correspondre à la définition de l'accident, faute de facteur extraordinaire ou exceptionnel l'ayant entraîné. Mutuel Assurances SA ajoute que si une rupture du tendon était avérée, elle ne pourrait constituer une lésion assimilée à un accident au sens des art. 6 al. 2 LAA et 9 al. 2 OLAA dans un tel contexte.

Le recourant a répliqué le 15 septembre 2013 et fait état d'une amélioration substantielle de son état de santé depuis l'été 2013, ayant recouvré une mobilité quasiment normale de son membre supérieur droit et ne ressentant presque plus aucune douleur. Il a signalé que l'indication chirurgicale était à ce stade remise en question. Au surplus, il a rappelé que l'examen de la problématique présentée depuis l'accident du 24 janvier 2012 devait également englober un traumatisme de la colonne, tel qu'évoqué dans son courrier du 11 juillet 2013 à Mutuel Assurances SA. Il a en définitive conclu à la prise en charge des frais de traitement par l'intimée au-delà du 27 septembre 2012, soit jusqu'au 10 juin 2013, correspondant au terme du traitement de physiothérapie dispensé au Centre hospitalier G.\_\_\_\_\_.

Par duplique du 28 octobre 2013, l'intimée a persisté dans ses précédentes conclusions. Elle a souligné que la problématique dorsale observée par le physiothérapeute en février 2013 pouvait éventuellement être examinée sous l'angle des dispositions afférentes à la rechute ou séquelle tardive, puisque la symptomatologie douloureuse corrélative avait disparu en avril 2012 selon les déclarations de l'assuré. Or, au vu de la longue période écoulée sans plaintes au niveau dorsal, un éventuel lien de causalité avec l'accident du 24 janvier 2012 ne serait pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante requis par la jurisprudence fédérale rendue sur cette question.

Le recourant s'est déterminé une nouvelle fois le 9 décembre 2013, confirmant l'absence d'indication d'une intervention chirurgicale suite à l'évolution favorable de ses symptômes et réitérant ses conclusions en vue de la prise en charge du cas par l'assurance-accidents jusqu'en été 2013. Il a déploré que son cas ait été analysé exclusivement sous l'angle

d'une problématique de l'épaule, sans que ne soit pris en compte le traumatisme de la colonne dorsale, et a produit un rapport circonstancié du Dr F. \_\_\_\_\_, daté du 18 novembre 2013 et libellé en ces termes :

« [...] Pour mémoire ce patient avait chuté dans un escalier avec impact sur son épaule droite. Lors de sa première consultation, nous avons constaté une épaule droite hyperalgique avec une diminution de la capacité de mobilisation active et passive ainsi qu'une nette diminution de la force à l'examen de la coiffe des rotateurs. Des radiographies avaient été effectuées. Ces dernières n'avaient pas montré de fractures mais des signes d'abord de tendinopathie chronique (sclérose du trochiter) mais aussi des signes pouvant être en relation avec une rupture de la coiffe des rotateurs.

Le patient a été pris en charge par rééducation. La symptomatologie douloureuse a lentement régressé alors que sur le plan fonctionnel, on constatait toujours une forte diminution de la force du sus-épineux.

Nous avons donc effectué une arthro-IRM de cette épaule, les résultats de cette dernière ont montré qu'il n'y avait pas de déchirure complète de la coiffe des rotateurs mais partielle, et qu'il y avait des signes de tendinopathie chronique.

De ce fait, nous avons modifié notre axe de traitement. En effet, dans les chocs, il existe souvent des dérangements mineurs qui intéressent aussi la colonne cervicale, correspondant à un coup du lapin, tel qu'on peut le rencontrer dans les accidents de la circulation. Les douleurs au niveau de la colonne cervicale mais aussi une myélogèlose du trapèze du côté droit ont confirmé qu'il pouvait se passer quelque chose d'anormal dans ce territoire. Nous avons donc proposé une réharmonisation cervico-scapulaire lors de la visite de ce patient en janvier 2013.

Lors du contrôle de mars 2013 la symptomatologie avait peu changé. C'est alors que soupçonnant la possibilité d'un syndrome de Maigne thoracique, le patient a été examiné sur le plan de la colonne dorsale et un trigger point a été trouvé au niveau D4.

L'ordonnance de physiothérapie faite le 24.04.2013 met en évidence le diagnostic de dysfonction cervico-thoracique. De ce fait, le rapport d'assurance admettant l'existence d'une contribution du dos dans l'évolution de la symptomatologie, mais décrivant que cela n'avait jamais été évoqué par le médecin est donc erroné puisque l'assurance Groupe Mutuel doit avoir cette prescription où il y a cette modification de traitement.

Cette modification n'a pas pu être relatée différemment à l'assurance puisque le dernier rapport médical écrit au Groupe Mutuel date du 28.01.2013.

Cette thérapie a permis d'améliorer significativement les choses. [L'assuré] ne ressent pratiquement plus aucune douleur à son épaule, ce qui lui a permis de reprendre des activités physiques de manière satisfaisante. [...] »

Par correspondance du 21 janvier 2014, Mutuel Assurances SA a renvoyé à ses diverses écritures, tout en soulignant que la rupture du tendon de la coiffe des rotateurs avait été exclue par l'arthro-IRM du 27

septembre 2012. S'agissant des problèmes dorsaux, l'intimée s'est référée à sa précédente détermination.

L'assuré s'est exprimé une ultime fois le 12 février 2014, reprenant pour l'essentiel ses arguments et conclusions antérieurs.

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

### **1.**

1.1 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 sous réserve de dérogations expresses (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 (art. 56 al. 1 LPGA). Le tribunal des assurances compétent est 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).

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

1.3 S'agissant d'une contestation relative aux prestations de l'assurance-accidents d'un montant certes indéterminé, il n'en demeure pas moins que la valeur litigieuse apparaît inférieure à 30'000 fr., de sorte que la cause peut être tranchée par un juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

1.4 En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile (art. 60 LPGA) devant le tribunal compétent, respecte les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

**2.** Le litige porte sur le droit du recourant aux prestations de l'assurance-accidents au-delà du 27 septembre 2012, singulièrement sur le point de savoir s'il existe un rapport de causalité entre les troubles existant à compter de cette date et l'événement du 24 janvier 2012.

2.1 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).

2.2 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références ; TF [Tribunal fédéral] 8C\_432/2007 du 28 mars 2008 consid. 3.2.1).

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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1 précité ; TF 8C\_433/2008 du 11 mars 2009 consid. 3.1).

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 (TF 8C\_513/2007 du 22 avril 2008 consid. 2 et les références).

Ainsi, si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine ; TF 8C\_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.3 et les références). 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 a été causé ou aggravé par l'accident (TFA [Tribunal fédéral des assurances] U 149/04 du 6 septembre 2004 consid. 2.3 et TFA U 266/99 du 14 mars 2000 ; RAMA 1992 n° U 142 p. 75).

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (non-application du raisonnement «post hoc ergo propter hoc» ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C\_42/2009 du 1<sup>er</sup> octobre 2009 consid. 2.2). On ne saurait toutefois dénier toute valeur à ce raisonnement lorsqu'il est mis en relation avec

d'autres critères médicalement déterminants. Par ailleurs, la non-applicabilité de l'adage « post hoc ergo propter hoc » ne libère pas l'administration de son devoir, selon l'art. 43 al. 1 LPGA, de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin. Finalement, si un expert 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, l'administration ou le 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).

2.3 En second lieu, le droit à des prestations de l'assurance-accidents implique 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 et 125 V 456 consid. 5a et les références ; TF 8C\_710/2008 du 28 avril 2009 consid. 2). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (TF 8C\_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1 in fine et les références).

2.4 L'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA) et à une indemnité journalière s'il est totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident (art. 16 al. 1 LAA).

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).

2.5 La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport

de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA [ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents, RS 832.202]). On parle de rechute ou de séquelle tardive lorsqu'une atteinte à la santé était guérie en apparence, mais non dans les faits. Il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'accident. La jurisprudence considère que plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, et plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (TF 8C\_92/2010 du 6 octobre 2010 consid. 2 et la référence). Toutefois, cela ne veut pas dire que l'administration est libérée de son devoir d'instruire d'office selon l'art. 43 al. 1 LPGA susmentionné. En définitive, c'est le fardeau de la preuve qui incombe à l'assuré : en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse (ATF 124 V 372 consid. 3 in fine ; TF 9C\_400/2012 du 4 avril 2013 consid. 5.2). Cette règle du fardeau de la preuve entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire (cf. art. 43 LPGA), d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui, au degré de la vraisemblance prépondérante, correspond à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b in fine ; TF 9C\_468/2011 du 12 décembre 2011 consid. 4.3).

**3.** Dans le domaine médical, l'administration et le juge doivent examiner de manière objective tous les moyens de preuves, quelle qu'en soit la provenance, avant de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, ils ne peuvent trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles ils se fondent sur une opinion médicale plutôt que sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b et 125 V 351 consid. 3a).

L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme expertise, mais son contenu (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3, 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c). 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 de 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, afin que les conclusions du rapport soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3, 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 ; TF 9C\_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 2.1 ; TF 9C\_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

**4.** In casu, les rapports médicaux versés au dossier du recourant, établis par son médecin spécialiste traitant, évoquent différentes pistes diagnostiques susceptibles d'expliquer les troubles allégués.

Tout d'abord, l'on constate, à l'instar des allégations du recourant, que la principale symptomatologie retenue et prise en charge durant plus d'un an a été celle ressentie à l'épaule, les problèmes dorsaux semblant avoir été résolus brièvement après l'accident. Plusieurs diagnostics ont été mentionnés s'agissant spécifiquement de l'épaule droite sans que l'on ne dispose en l'état d'éléments définitifs et convaincants.

Ensuite, au stade de la procédure d'opposition, le médecin traitant a envisagé une « dysfonction cervicale » avant de mettre l'assuré au bénéfice de mesures physiothérapeutiques après qu'ait été découvert « un trigger point en D4 », soit un point sensible proche de la colonne vertébrale.

Dans ce contexte, le Dr F. \_\_\_\_\_, aux termes de son rapport du

18 novembre 2013, semble établir un lien entre l'ensemble des symptômes traités dans le cas du recourant, tant à l'épaule droite qu'au niveau du dos, sans toutefois fournir de constats cliniques objectifs de nature à clarifier la situation.

Le Dr P. \_\_\_\_\_ ne s'est pas davantage prononcé sur la relation éventuelle entre les différentes pathologies présentées par l'assuré, dans la mesure où son appréciation du 30 avril 2013 a trait exclusivement à la situation de l'épaule droite.

S'agissant de la détermination de ce médecin-conseil, force est d'ailleurs de constater que ce document - au demeurant incomplet en l'absence de toute détermination sur la problématique dorsale - ne saurait remplir les réquisits jurisprudentiels rappelés supra pour se voir accorder pleine valeur probante.

Quand bien même le Dr P. \_\_\_\_\_ s'est exprimé en pleine connaissance des pièces du dossier à la date de la décision querellée, ce spécialiste n'a pour sa part procédé à aucun examen de l'assuré. Par ailleurs, il a ignoré, respectivement ne s'est pas prononcé, sur les aspects mentionnés dans l'aperçu chronologique que le recourant avait joint à son opposition. Aux termes de ce document, le recourant avait pourtant expressément indiqué la prescription de nouvelles séances de physiothérapie, notamment en raison d'une « dysfonction cervicale ». Sous la date du 1<sup>er</sup> février 2013, il a également relaté l'absence de « problème cervical, mais [la] détection d'un point sensible près de la colonne vertébrale. [Le physiothérapeute] réussit à enlever la douleur au dos. Nette amélioration après ce premier traitement. »

Le médecin-conseil de l'intimée s'est au surplus borné à mettre en doute le lien de causalité entre la pathologie de l'épaule dont s'est plaint le recourant, sur la base des rapports d'imagerie médicale, rappelant la présence d'une lésion dégénérative et exposant des généralités sur l'évolution usuelle d'une contusion de l'épaule.

Dès lors, ses conclusions laissent en suspens la question de l'origine précise des problèmes allégués par l'assuré sans emporter la conviction quant à l'exclusion d'un éventuel lien de causalité avec l'accident du 24 janvier 2012. Par ailleurs, comme mentionné ci-avant, ce médecin n'a pas eu l'opportunité de se déterminer sur les explications et compléments fournis ultérieurement par l'assuré eu égard à la symptomatologie vertébrale.

Compte tenu des doutes et des interrogations subsistant quant à l'origine malade ou accidentelle de la symptomatologie présentée par le recourant, il s'impose en conséquence de procéder à un complément d'investigation, destiné à clarifier cette question au degré de la vraisemblance prépondérante.

## **5.**

5.1 Comme exposé, dans le domaine des assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C\_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4).

Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique

(cf. TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, in SVR 2007 UV n° 33 p. 111 ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2ème éd., n° 12 et 17 ad art. 43 LPGA).

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 (ATF 122 V 157 consid. 1d). Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C\_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170, consid. 2). Un renvoi à l'administration est en principe possible 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 (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5 ; 138 V 318).

5.2 En l'espèce, au vu des carences dont souffre encore le dossier de la présente cause, la Cour de céans considère justifié, conformément à la jurisprudence fédérale citée supra, de renvoyer la cause à l'intimée pour en compléter l'instruction par la mise en œuvre d'une expertise auprès d'un médecin spécialiste. Une telle expertise devra se prononcer au degré de la vraisemblance prépondérante sur la question du lien de causalité entre l'accident du 24 janvier 2012 et les troubles allégués au-delà du 27 septembre 2012, après avoir fixé précisément les diagnostics à l'origine des symptômes présentés par l'assuré jusqu'à l'été 2013.

A l'issue de ce complément diligenté par l'intimée, il lui incombera de rendre une nouvelle décision statuant sur son éventuelle obligation de prendre en charge le cas au-delà de la date litigieuse.

**6.** Des considérants qui précèdent, il résulte que le recours, bien fondé, doit être admis, ce qui entraîne l'annulation de la décision attaquée sous suite de renvoi à l'intimée pour complément d'instruction avant nouvelle décision.

La procédure étant gratuite (cf. art. 61 let. a LPGA), il n'est pas perçu de frais de justice, ni alloué de dépens dès lors que le recourant n'est pas représenté par un mandataire qualifié (cf. art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,  
le juge unique  
prononce :**

- I. Le recours est admis.
  
- II. La décision sur opposition du 12 juin 2013 est annulée, la cause étant renvoyée à l'intimée pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants.
  
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

Le juge unique :

La greffière :

**Du**

L'arrêt qui précède est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- L. \_\_\_\_\_, à [...],
- Mutuel Assurances SA, à Martigny,
- Office fédéral de la santé publique, à Berne.

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 :