

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 27 mars 2015

---

Présidence de       Mme     PASCHE  
Juges     :       Mme Thalmann et M. Gutmann, juge assesseur  
Greffier       :       M. Cloux

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**T.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Assista Protection juridique SA,  
à Vernier,

et

**C.**\_\_\_\_\_, à [...], intimée.

---

**Art. 4 LPGA; art. 6 al. 1 LAA**

## **E n f a i t :**

**A.** Dès le 7 mars 2011, T.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le [...], informaticien, à été employé à plein temps par la société [...] SA en qualité d'ingénieur système. A ce titre, il était assuré auprès C.\_\_\_\_\_ (ci-après : la Caisse ou l'intimée) contre le risque d'accidents.

Le 19 janvier 2012, l'employeur a transmis une déclaration de sinistre LAA à la Caisse, exposant que le 13 janvier 2012, l'assuré avait déménagé des ordinateurs et avait subi une contusion à une ou plusieurs côtes sur le côté droit. L'intéressé y a lui-même décrit l'incident dans les termes suivants :

"(...) Pour accéder aux connections électriques et câbles PC il faut démonter (parfois avec force) des parois verticales en bois (environ 15 kg chacune). J'ai reçu une plaque dans les côtes <= effet de basculement "domino" entre 2 plaques".

Le 25 janvier 2012, la Dresse W.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, a rendu un rapport faisant suite à une radiologie numérique (*Computer radiology*; "CR") du thorax et du grill costal de l'assuré effectuée la veille. Elle y a exposé que l'assuré ne présentait pas de trait de fracture ou de fissure costale, notamment au niveau des côtes droites, ni d'épanchement pleural ou de pneumothorax. Elle n'a pas non plus relevé de foyer de contusion pulmonaire ou d'infiltrat suspect, ni de nodule parenchymateux. Elle a finalement indiqué que les hiles de l'assuré étaient fins, que son médiastin n'était pas élargi et que le cœur était de taille normale sans signe de surcharge cardiaque.

Dans un certificat médical du 27 janvier 2012, la Dresse H.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, a posé chez l'assuré le diagnostic de contusions costales droites, faisant état d'une douleur diffuse à la palpation dans cette région. Elle a indiqué que l'intéressé s'était trouvé en incapacité de travail du 17 au 24 janvier 2012.

Le 4 avril 2012, le Dr Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, en médecine physique et réadaptation et en neurologie, a adressé à la Dresse H.\_\_\_\_\_ un rapport ayant la teneur suivante :

**"(...) Diagnostics**

Douleur de l'hémithorax droit d'origine post-traumatique (accident le 13.01.12).

**Anamnèse actuelle**

Cet informaticien en bonne santé habituelle, a été victime d'un accident de travail le 13.01.12 : alors qu'il travaillait sous une table sur laquelle se (réd. : trouvaient) des ordinateurs à changer, il a heurté assez violemment une dalle en bois, protection verticale d'un des bureaux, au niveau de son hémithorax droit entraînant immédiatement des douleurs importantes, insomniantes pendant plusieurs jours et nécessitant la prise de médicaments antalgiques et anti-inflammatoires sous forme d'Ibuprofen et de Dafalgan, puis des séances de physiothérapie en raison de la persistance des douleurs à ce niveau.

Actuellement, il présente encore des douleurs lors d'effort peu important du membre supérieur droit (par exemple porter un litre de lait, les manœuvres de Valsalva, serrer le frein à main, être en contact physique dans son siège baquet de voiture, l'empêchant de dormir sur son côté droit).

(...)

**Discussion et propositions**

Présence de douleurs séquellaires hémithoraciques droite à 2 mois et demi d'un accident d'importance moyenne, sans anomalie radiologiquement décelée sur une radiographie simple. Le patient est inquiet par rapport à ces douleurs qui sont encore moyennement importantes lors d'efforts peu importants, (réd. : même) si elles n'invalident pas la profession.

Je propose d'effectuer un CT-Scan thoracique pour évaluer la structure osseuse contusionnée et propose sur le plan thérapeutique des séances de physiothérapie à sec et en piscine, ainsi que la reprise pendant quelques jours d'une médication anti-inflammatoire, en vue de contrecarrer une inflammation musculaire ou périostée résiduelle.

(...)"

Dans un rapport du 16 octobre 2012 faisant suite à une IRM thoracique de l'assuré, les Drs N.\_\_\_\_\_ et M.\_\_\_\_\_, spécialistes en radiologie, ont en particulier exposé ce qui suit :

**"(...) Description**

(...)

Des repères cutanés ont été positionnés, permettant de délimiter la localisation de la douleur. Concernant la paroi thoracique droite, il n'existe aucune anomalie qui soit identifiable en pondération T1 sous forme de solution de continuité. Pas d'anomalie en hypersignal T2 ni rehaussement associé après injection de Gadolinium évoquant une atteinte inflammatoire localisée. L'angio 4D ne démontre aucune prise de contraste pathologique. A remarquer la présence de plusieurs kystes biliaires hépatique, d'allure banale.

### **Conclusions**

IRM thoracique ne démontrant aucune anomalie, en particulier de fracture costale ou de prise de contraste pathologique.  
(...)"

Dans un rapport au Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, du 17 décembre 2012 faisant suite à une échographie de la paroi latéro-thoracique droite de l'assurée effectuée le 12 décembre 2012, la Dresse P.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, a relevé n'avoir pas mis en évidence de collection ni d'altération de l'architecture musculaire, soulignant qu'aucun d'argument ne plaidait en faveur d'une insertionite et qu'il n'y avait pas d'altération des muscles intercostaux ni d'épanchement cloisonné pleural ou d'altération des contours de l'omoplate. Elle a conclu qu'aucun élément morphologique ne pouvait expliquer la symptomatologie de l'intéressé.

Répondant aux questions de la Caisse dans un rapport du 22 mai 2013, la Dresse H.\_\_\_\_\_ a confirmé son diagnostic de contusion thoracique droite, indiquant qu'elle n'avait pas reçu l'assuré en consultation depuis le mois d'août 2012, mais qu'il suivait un traitement par ostéopathie.

Le Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin-conseil de la Caisse, s'est déterminé sur le cas de l'assuré le 4 juin 2013. Il a relevé que l'existence d'un lien de causalité entre l'accident du 13 janvier 2012 et le traitement par ostéopathie était possible, dans la mesure où l'accident avait causé une contusion sans fracture et que l'IRM et la radiographie des 16 octobre et 17 décembre 2012 n'avaient révélé aucune lésion accidentelle. Selon lui, il était possible qu'il s'agisse d'une rechute, car le *statu quo sine* avait été retrouvé au plus tard le 17 décembre 2012, mais

probablement déjà bien avant, éventuellement même avant le 16 octobre 2012.

Par courrier à l'assuré du 22 juillet 2013, la Caisse a refusé ses prestations, exposant qu'une relation de causalité entre l'accident du 13 janvier 2012 et le traitement médical entrepris n'était pas vraisemblable, mais seulement possible. Elle a déclaré renoncer au remboursement des prestations déjà versées, réservant cependant son droit de solliciter l'assurance-maladie de l'assuré à cet égard. Elle a en outre informé l'assuré qu'il pouvait demander le prononcé d'une décision formelle.

L'assuré a fait une demande dans ce sens par lettre du 19 août 2013, à laquelle il a joint un rapport établi le 14 août 2013 par le Dr K.\_\_\_\_\_, avec la teneur suivante :

"(...) Je soussigné et certifie avoir vu pour la 1<sup>ère</sup> fois en consultation T.\_\_\_\_\_, né le [...], droitier, informaticien.

Ce patient a été victime d'un accident le 13.01.2012. Il a reçu une plaque lourde en bois pesant environ 15kg sur la partie postérieure de l'hémi-thorax droit.

Lors de l'examen clinique, nous avons retrouvé une douleur importante à la palpation au niveau du bord spinal de l'omoplate.

L'IRM, réalisée le 16.10.2012, était normale.

Sur le plan du diagnostic, nous avons retenu les séquelles éventuelles d'un hématome au niveau du muscle grand dorsal qui (réed. : auraient) pu se transformer en fibrose avec un épanchement séquellaire du type Morel-Lavallée.

T.\_\_\_\_\_ a été légèrement amélioré par des séances d'ostéopathie prises en charge par Monsieur [...] à [...].

Nous allons demander un 2<sup>ème</sup> avis auprès du Docteur X.\_\_\_\_\_, spécialiste en traumatologie du sport.

(...)"

Le Dr G.\_\_\_\_\_ s'est prononcé le 6 septembre 2013 sur ce rapport, maintenant son avis du 10 juin 2013 et relevant que le Dr K.\_\_\_\_\_ avait confirmé qu'aucune lésion accidentelle n'avait été établie, ses déclarations relevant pour le surplus de la spéculation.

Par décision du 20 septembre 2013, la Caisse a confirmé son refus de prestations du 22 juillet 2013, exposant pour l'essentiel qu'à compter du 16 octobre 2012, il n'existait plus de lien de causalité entre l'accident du 13 janvier 2012 et les troubles de santé actuels de l'assuré, qui découlaient de facteurs étrangers à cet accident. Elle a demandé à l'assuré de lui communiquer l'identité de son assurance-maladie, à défaut de quoi elle se verrait dans l'obligation de lui réclamer directement le remboursement des frais médicaux qu'elle lui avait déjà avancés.

L'assuré, désormais représenté par Assura Protection juridique SA, a formé opposition le 22 octobre 2013 à cette décision, concluant à son annulation et à la prise en charge de l'intégralité de ses frais médicaux depuis la survenance de l'accident, subsidiairement à ce que des examens complémentaires soient mis sur pied. Il s'est pour l'essentiel plaint du fait que la Caisse s'était uniquement intéressée à d'éventuelles lésions osseuses et qu'aucun examen n'avait été effectué afin de déceler d'éventuelles lésions musculaires ou nerveuses, alors que les rapports médicaux mentionnaient la présence d'un hématome visible. Il a produit un rapport du 16 octobre 2013 du Dr X. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, libellé dans les termes suivants :

"(...) Le patient ressent une faiblesse au niveau du membre supérieur droit, ne peut pas soulever des charges (réd. : de) plus de 1 à 1,5 kilos. A noter que dans sa rééducation elle n'a pas fait de travail spécifique depuis le traumatisme, bonne santé (réd. : habituelle), pas sportif, informaticien au chômage.

Sur le plan clinique la mobilité au niveau de l'épaule sp, au niveau de la colonne cervicale, elle n'est pas altérée. A l'inspection je suis frappé par l'abaissement des deux épaules, mais également par un décollement du bord inférieur de l'omoplate à droite. A la palpation contracture du grand dorsal et du grand dentelé, la fonction du trapèze rhomboïde du grand dentelé est sp, bien que le tonus ne soit pas important.

Par contre au niveau du grand dorsal, le grand dorsal à droite est coté à 4 sur 5, alors qu'à gauche il est de 5 sur 5. (...)"

Le Dr G. \_\_\_\_\_ s'est déterminé sur ce rapport le 25 novembre 2013, par un document manuscrit portant l'en-tête de la Caisse qu'il a

signé. Il a indiqué que ce rapport n'apportait aucun élément diagnostique nouveau et ne faisait que relater l'évolution des plaintes de l'assuré. Il a en outre estimé que les reproches formulés par l'assuré n'étaient que des hypothèses ne démontrant pas l'existence d'un lien de causalité entre l'accident du 13 janvier 2012 et ses troubles de santé.

Par lettre du 10 mars 2014, la Caisse a contesté avoir limité son examen du dossier à d'éventuelles lésions osseuses, se fondant notamment sur les constatations de la Dresse P.\_\_\_\_\_ faisant suite à l'échographie du 12 décembre 2012. Elle a pour le surplus fait sienne la position du Dr G.\_\_\_\_\_, mais s'est dite prête à prendre en charge les frais relatifs à l'IRM du 16 octobre 2012 ainsi que les frais postérieurs à cette date qu'elle avait déjà payés.

Répondant le 19 mai 2014 par la plume de sa représentante, l'assuré a contesté que la détermination du Dr G.\_\_\_\_\_ du 25 novembre 2013 soit médicalement pertinente, soutenant qu'il s'agissait d'un simple "brouillon/notice" sans en-tête ni tampon.

Par courrier du 17 juillet 2014, l'assuré a réitéré sa position quant à la détermination du Dr G.\_\_\_\_\_ du 25 novembre 2013, contestant qu'un avis médical ait été rendu à cette date par ce praticien. Il a une nouvelle fois relevé que l'accident du 12 janvier 2013 lui avait causé un hématome sous-cutané et que ses douleurs persistaient, exposant que des investigations étaient en cours pour en déterminer la cause. Contestant avoir recouvré le *statu quo ante*, il a soutenu qu'aucun élément médical ne permettait de démontrer la rupture du lien de causalité entre l'accident et ses troubles de santé. Il a dès lors exigé la prise en charge par la Caisse des frais médicaux découlant des mesures d'investigations et du traitement de physiothérapie auxquels il se soumettait.

La Caisse s'est par la suite procurée les documents suivants, tous deux adressés au Dr X.\_\_\_\_\_ :

- un rapport transmis le 7 mai 2014 par la Dresse V.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie qui, après avoir reçu l'assuré en consultation le 5 mai 2014, a exposé que rien ne permettait d'objectiver un déficit moteur, en particulier en l'absence de parésie du muscle grand dentelé et du muscle grand dorsal, et que l'électroneuromyographie ne permettait pas de retenir une atteinte du nerf thoraco-dorsal ni du nerf long thoracique;
- un rapport du 21 juin 2014 établi par le Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, à la suite d'une IRM de la paroi thoracique postérieure droite effectuée sur l'assuré le 20 juin 2014, dans lequel il a conclu que le bilan IRM thoracique n'avait pas révélé de tissu de fibrose, de collection hématique ou d'involution graisseuse des muscles de la paroi thoracique postéro-latérale droite.

Le Dr G.\_\_\_\_\_ s'est prononcé sur ces deux rapports le 29 septembre 2014, selon les formes qu'il avait déjà employées le 25 novembre 2013. Il a relevé que ces pièces confirmaient l'absence de lésion objectivable et, partant, de lésion au sens de la loi. Sur cette base, il a en substance conclu au maintien de la décision de la Caisse du 20 septembre 2013.

Par décision sur opposition du 20 octobre 2014, la Caisse a rejeté l'opposition de l'assuré, admis la prise en charge des frais de l'IRM du 16 octobre 2014 par 1'154 fr. 25 à titre de mesure d'investigation et renoncé à demander le remboursement des frais médicaux qu'elle avait déjà payés au jour de la décision.

**B.** Par acte du 20 novembre 2014, T.\_\_\_\_\_, toujours représenté par Assista Protection juridique SA, a recouru contre cette décision sur opposition, reçue par sa représentante le 21 octobre 2014, concluant à sa réforme dans le sens de la prise en charge de l'ensemble des frais déjà engagés et à venir en lien avec l'accident du 13 janvier 2012,

subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimée pour instruction complémentaire et, plus subsidiairement, à ce qu'il soit autorisé à produire et soumettre à la Cour "les pièces nécessaires qui ne figuraient pas déjà dans les dossiers existants". Il s'est déclaré disposé à se soumettre à tout examen propre à établir son droit. Sur le fond, il a en substance fait valoir qu'il subissait encore à l'identique les séquelles de l'événement accidentel du 13 janvier 2012. Il a déploré que l'intimée n'ait pas donné suite à ses demandes d'examen complémentaires, ni à la présentation d'un rapport détaillé de son médecin-conseil. Selon lui, des questions demeuraient sans réponse, notamment les constatations du médecin-conseil dans la décision du 20 septembre 2013 selon lesquelles ses troubles de santé seraient "(réd. : dus) à des facteurs étrangers". Il a ajouté avoir toujours joui d'une excellente santé avant l'accident. Il a enfin reproduit dans son recours les résultats d'un test isocinétique effectué le 24 octobre 2014 faisant pour l'essentiel apparaître une asymétrie dans les résultats de ses deux épaules, en défaveur de la droite.

Le Dr G. \_\_\_\_\_ a rendu une nouvelle appréciation le 15 décembre 2014 - selon le *modus operandi* des 15 novembre 2013 et 29 septembre 2014 -, relevant que le test isocinétique démontrait uniquement la fonction des muscles et n'apportait aucun élément quant à la cause d'une éventuelle asymétrie d'utilisation. Selon lui, la cause des troubles de l'assuré n'était pas claire, mais aucune lésion objective n'avait été apportée expliquant les plaintes du recourant. Aucun diagnostic de contusion à cause accidentelle ne pouvait dès lors être retenu et une incapacité de travail ne se justifiait pas.

Répondant le 6 janvier 2015, l'intimée a conclu au rejet du recours.

Invité à répliquer et produire toutes éventuelles pièces ainsi qu'à présenter ses réquisitions par avis du 7 janvier 2015, le recourant n'a pas réagi.

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

**1. a)** Sous réserve des dérogations expresses, les dispositions de la LPGA (loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981; 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 LPGA). La compétence pour en connaître échoit à une instance cantonale unique (art. 57 LPGA), le tribunal du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours étant compétent (art. 58 al. 1 LPGA). Dans le canton de Vaud, cette compétence est dévolue à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36]).

Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA) et contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que les conclusions (art. 61 let. b LPGA).

**b)** En l'espèce, l'acte de recours a été déposé le 20 novembre 2014, soit le trentième jour suivant la notification de la décision sur opposition du 20 octobre 2014. Formé en temps utile et répondant aux prescriptions légales de forme, il est recevable.

**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 125 V 413 consid. 2c; ATF 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

**b)** Le litige porte en l'occurrence sur le droit éventuel du recourant aux prestations de l'assurance-accident au-delà du 16 octobre 2012 pour les suites de l'événement du 13 janvier 2012.

**3. a)** Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, sauf disposition contraire de la loi, 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 particulier, 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 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 consid. 3.1;

ATF 129 V 402 consid. 4.3.1; ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et réf. cit.).

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 la survenance de l'accident (*statu quo sine*; cf. TF 8C\_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.3). 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 (raisonnement *post hoc ergo propter hoc*; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; TF 8C\_6/2009 du 30 juillet 2009 consid. 3). 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\_262/2008 du 11 février 2009 consid. 2.2).

La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (TF U 307/05 du 8 janvier 2007 consid. 4; TFA U 222/04 du 30 novembre 2004 consid. 1.3).

**c)** 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; ATF 129 V 402 consid. 2.2;

ATF 125 V 456 consid. 5a et réf. cit.; TF 8C\_710/2008 du 28 avril 2009 consid. 2).

**4. a)** Selon l'art. 43 LPGa, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit (al. 1). L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (al. 2). Conformément au principe inquisitoire régissant la procédure dans le domaine des assurances sociales, il appartient en premier chef à l'administration de déterminer, en fonction de l'état de fait à élucider, quelles sont les mesures d'instruction qu'il convient de mettre en œuvre dans un cas d'espèce donné. Elle dispose à cet égard d'une grande liberté d'appréciation. 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 (cf. TF U 316/06 du 6 juillet 2007 consid. 3.1.1). 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).

**b)** En cas de recours, le tribunal se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes afin de prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et réf. cit.). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2; ATF 114 V 310 consid. 3c; ATF 105 V 156 consid. 1; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1).

Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 351 consid. 3a; TF 9C\_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1).

Pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il faut que les points litigieux importants 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 du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient 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 c. 5.1; ATF 125 V 351 c. 3a; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 c. 2.1.1).

**5.** En l'espèce, le caractère accidentel de l'événement du 13 janvier 2012 n'est pas contesté, l'intimée ayant pris en charge les suites de celui-ci jusqu'au 15 octobre 2012. Seul reste à déterminer si les troubles de santé du recourant ultérieurs à cette date se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec cet accident.

**a)** Lorsque le traumatisme consiste en une simple contusion sans lésion osseuse, le *statu quo sine* est normalement rétabli après une période de six mois au plus, voire neuf mois (TF U 483/00 du 9 juillet 2001 consid. 4a; cf. ég. TF U 194/05 du 25 octobre 2006 consid. 3.3.4, se référant à la doctrine médicale admise par la Cour des assurances sociales du Tribunal fédéral).

**b)** On rappellera d'abord que les allégations du recourant selon lesquelles il souffre désormais de douleurs qui lui étaient inconnues avant l'accident du 13 janvier 2012 constituent un raisonnement *post hoc ergo propter hoc* impropre à démontrer l'existence d'un lien de causalité avec l'accident du 13 janvier 2012 (cf. *supra* consid. 3/b). Il en va de même des résultats du test isocinétique du 24 octobre 2014, qui ne sont pas de nature médicale.

Sur le plan médical, la Dresse W. \_\_\_\_\_ n'a pas constaté de contusion lors de son examen radiologique du 24 janvier 2012, ni aucune lésion osseuse. Des contusions costales ont toutefois été constatées le 27 janvier 2012 par la Dresse H. \_\_\_\_\_ et l'intimée a pris à sa charge les coûts de leur traitement. Conformément à la jurisprudence précitée, l'existence d'un lien de causalité entre l'accident et ces contusions ne peut toutefois être admise que pour une durée maximale de neuf mois, savoir en l'espèce jusqu'à la moitié du mois d'octobre 2012.

En l'occurrence, une IRM a précisément été pratiquée par les Drs N. \_\_\_\_\_ et M. \_\_\_\_\_ le 16 octobre 2012, sans que ces praticiens ne décèlent d'anomalie chez le recourant. Ces résultats sont corroborés par ceux de l'échographie effectuée par la Dresse P. \_\_\_\_\_ le 12 décembre 2012. Le rapport de la Dresse H. \_\_\_\_\_ du 22 mai 2013, dans lequel elle confirme son précédent diagnostic, n'est quant à lui pas propre à modifier cette appréciation, cette praticienne l'ayant établi sans recevoir le recourant en consultation. Le Dr X. \_\_\_\_\_ a de son côté rendu un rapport le 16 octobre 2013 - sur demande du recourant et alors que la cause était déjà litigieuse, de sorte que son contenu doit être apprécié avec réserve - dans lequel il constate des anomalies au niveau des épaules du recourant, mais sans avancer d'éléments les rattachant à l'accident du 13 janvier 2012. Il en va de même de la Dresse V. \_\_\_\_\_, qui s'est penchée sur l'aspect neurologique du cas dans son rapport du 7 mai 2014, et du Dr J. \_\_\_\_\_, qui a pratiqué une nouvelle IRM le 21 juin 2014.

Ces divers avis médicaux ont fait l'objet de prises de position de la part du Dr G. \_\_\_\_\_ les 4 juin, 6 septembre et 25 novembre 2013 ainsi que les 29 septembre et 15 décembre 2014. Ce praticien a à chaque fois exclu la probabilité d'un lien de causalité entre l'accident et les troubles dont l'assuré faisait état après le 16 octobre 2012. C'est le lieu de rappeler que la valeur probante d'un rapport médical ne découle pas du fait qu'il soit manuscrit ou dactylographié, de la présence d'un tampon au nom du médecin ou de son support, mais bien de son contenu (cf. *supra* consid. 4/b *in fine*). En l'espèce, le recourant n'a pas contesté la nature des constatations du Dr G. \_\_\_\_\_ ou le fait qu'il en était l'auteur, mais a uniquement critiqué la forme dans laquelle celles-ci ont été versées au dossier. Comme exposé ci-dessus, ces critiques sont toutefois sans pertinence et les avis successifs – et cohérents – du Dr G. \_\_\_\_\_, qui vont dans la ligne des constatations des autres praticiens consultés et de la jurisprudence topique, sont pleinement probants.

Il en découle que, contrairement à ce que prétend le recourant, c'est sur la base d'un dossier médical complet ayant fait l'objet de plusieurs examens poussés que l'intimée – qui en a d'ailleurs pris en charge les coûts – a fondé sa décision. En particulier, tous les examens recommandés par les médecins consultés ont été entrepris, sans toutefois mettre en lumière des troubles actuels imputables à l'accident du 13 janvier 2012.

Certes, une partie a en principe le droit de produire des preuves pertinentes, d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuves pertinentes, lorsque cela est de nature à influencer sur la décision à rendre. L'autorité peut cependant renoncer à procéder à des mesures d'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de forger sa conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude que ces dernières ne pourraient l'amener à modifier son opinion (ATF 140 I 285 c. 6.3.1 et les nombreux arrêts cités). En l'occurrence et au vu de ce qui précède, il n'y a pas lieu de donner suite aux réquisitions du recourant tendant à ce que de nouveaux examens médicaux soient

ordonnés. On relèvera à cet égard qu'il n'a pas contesté les résultats des examens effectués, mais en a requis de nouveaux, sans toutefois préciser lesquels. Il a au demeurant reçu l'opportunité d'apporter lui-même de tels éléments en réplique aux arguments de l'intimée, mais n'a pas fait usage de cette possibilité.

Dans ces conditions, il faut retenir que le recourant ne présentait plus de trouble de santé au 16 octobre 2012 qui soit imputable à l'accident qu'il avait subi le 13 janvier 2012.

**6. a)** En définitive, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition du 20 octobre 2014 confirmée.

**b)** Il n'y a pas lieu de percevoir des frais de justice, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA; art. 45 LPA-VD).

Le recourant, qui succombe, ne peut en outre pas prétendre à l'octroi de dépens (art. 61 let. g LGPA; art. 55 al. 1 LPA-VD).

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

**I.** Le recours est rejeté.

**II.** La décision sur opposition rendue le 20 novembre 2014 par C.\_\_\_\_\_ est confirmée.

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

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Assista Protection juridique SA (pour T. \_\_\_\_\_),
- C. \_\_\_\_\_,
- 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).

Le greffier :