

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 5 septembre 2022

Composition : M. NEU, président
MM. Bonard et Oppikofer, assesseurs
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

R. _____, à [...], recourant, représenté par Me Jeanne-Marie Monney,
avocate à Lausanne,

et

H. _____ **ASSURANCES GENERALES SA**, à Nyon, intimée.

Art. 61 let. c LPGA ; 6 al. 1 et 36 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. a) Le 18 mai 2003, R._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], a été victime d'un accident lors d'un match de unihockey, causant une entorse du genou droit avec déchirure du LCA (ligament croisé antérieur). Un traitement chirurgical a été effectué le 2 juillet 2003, dont les suites ont été simples et prises en charge par l'assurance maladie/accident de l'intéressé, alors aux études.

b) R._____ a travaillé depuis le 1^{er} mars 2010 et au taux de 90 %, en tant qu'avocat pour le compte de N._____, à [...]. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de H._____ Assurances Générales SA (ci-après : H._____ ou l'intimée).

Le 13 janvier 2013, l'assuré a fait une chute à ski. Atteint au genou droit, il n'a pas été mis en arrêt de travail, et H._____ a pris en charge le traitement médical entrepris à la suite de cet événement.

c) Le 11 janvier 2018, des radiographies des deux genoux de l'assuré ont été effectuées en raison de gonalgies prédominant à droite. Une IRM (imagerie par résonance magnétique) du 24 janvier 2018 a mis en évidence une lésion horizontale et oblique du ménisque interne à droite.

Par décision du 8 février 2019, H._____, se fondant sur l'avis de son médecin-conseil, a mis un terme à la prise en charge des frais du traitement médical avec effet au 10 janvier 2018, faute de lien de causalité établi au degré de la vraisemblance requis entre l'accident du 13 janvier 2013 et l'atteinte à la santé révélée depuis le 11 janvier 2018.

A l'appui de son opposition formée le 14 mars 2019 contre cette décision, complétée les 28 mai et 12 décembre 2019 par son conseil Me Jeanne-Marie Monney, l'assuré a produit les rapports établis les 8 mai et 10 décembre 2019 par le Dr A._____, spécialiste en chirurgie

orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Le premier de ces rapports a le contenu suivant :

“CERTIFICAT MEDICAL

M. R._____ a été opéré en 2003 pour reconstruction du LCA [ligament croisé antérieur] droit au tendon rotulien. L'évolution de cette intervention a été favorable. Reprise du sport sans limitation.

Au mois de janvier 2013, entorse du genou droit à ski marquée par une douleur du compartiment médial du genou droit. A l'examen, ce patient présentait une clinique compatible avec lésion méniscale médiale, un IRM a confirmé le diagnostic clinique.

Je retiens le diagnostic de déchirure traumatique du ménisque interne du genou droit.”

H._____ a requis l'avis de son médecin-conseil. Dans un rapport du 6 mai 2020, complété le 25 mai suivant, la Dre K._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, sur la base de l'examen du dossier médical constitué par l'assurance-accidents depuis 2013, a conclu qu'un lien de causalité entre l'accident du 13 janvier 2013 et les atteintes à la santé qui avaient justifié de nouvelles consultations en janvier 2018 n'était pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante requis. Ce médecin-conseil a fixé le « *statu quo* » de l'accident de janvier 2013 à la fin du traitement conservateur entrepris cette année-là.

Par décision sur opposition du 29 mai 2020, H._____ a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé sa décision du 8 février 2019, se référant à la motivation de son médecin-conseil.

B. Par acte du 2 juillet 2020, R._____, représenté par Me Jeanne-Marie Monney, a déféré cette décision sur opposition devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à la prise en charge des frais de traitement afférant à l'atteinte à la santé révélée le 11 janvier 2018. Subsidiairement, il a conclu à l'annulation de la décision sur

opposition attaquée et au renvoi de la cause à l'assureur pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants. Contestant la valeur probante de l'appréciation du médecin-conseil de l'assurance-accidents, il a fait valoir que son dossier médical objectivait une lésion méniscale suite à l'accident du 13 janvier 2013, en soutenant que les troubles présentés en 2018 étaient en lien de causalité avec cet accident. Ce faisant, il opposait les compétences du Dr A. _____ à celles du médecin-conseil de l'assureur, annonçant la production de pièces médicales. En annexe à son écriture, le recourant a notamment joint un rapport du 1^{er} juillet 2020 du Dr A. _____, énonçant ce qui suit :

"CERTIFICAT MEDICAL

Le médecin soussigné certifie que M. R. _____ a été opéré par moi-même en 2003 pour reconstruction du LCA droit. Intervention effectuée au CHUV alors que j'y travaillais. Suites simples. Evolution favorable. Reprise du sport sans limitation.

Je revois ce patient le 12.02.2013 suite à une chute à ski survenue en janvier 2013. Le patient se plaint de douleurs du compartiment postéro-interne en regard du tiers postérieur de l'interligne articulaire interne. Je ne trouve pas d'instabilité ni d'épanchement.

A l'examen clinique, le genou ne présente pas d'épanchement. L'amplitude articulaire est complète. Le tiers postérieur de l'interligne articulaire interne est sensible. Le reste de l'examen est normal en particulier il n'y a pas de laxité pathologique dans les 2 plans.

Les radiographies faites à ce moment montre[nt] des interlignes articulaires conservés tant en extension qu'en Schuss. Je retiens le diagnostic clinique sans IRM d'une blessure de l'interligne articulaire interne du genou droit comprenant les structures suivantes : cartilage fémoral, ménisque interne, cartilage tibial. Je ne demande pas d'IRM en accord avec le patient. Nous décidons d'un traitement conservateur à réévaluer si nécessaire.

5 ans plus tard, le 17.01.2018, le patient consulte pour des douleurs de son genou droit localisées dans le compartiment interne. La douleur se présente à l'effort, absente au repos.

A l'examen clinique, hormis une douleur à la palpation de l'interligne fémoro-tibial interne, l'examen est normal.

Nous pratiquons un IRM le 24.01.2018 qui montre des lésions de type II à III du ménisque interne.

La douleur étant bien tolérée par un patient collaborant et capable de comprendre les enjeux d'une éventuelle chirurgie. Nous décidons de ne pas intervenir. Le patient comprend très bien qu'il est

préférable de garder un amortisseur blessé qui contribue encore à protéger son cartilage plutôt que d'enlever ce ménisque.

Cette décision est prise en fonction tout d'abord des capacités du patient à comprendre le problème et également par souci d'économicité.

Mon diagnostic de lésion traumatique du ménisque interne est posé sur les informations anamnestiques et cliniques. Il n'est écrit nulle part que le diagnostic doit être obligatoirement complété par une imagerie par IRM.

J'ai fait mon travail au plus près de ma conscience avec un patient extrêmement collaborant comprenant très bien mon raisonnement.

Je considère toujours que cette lésion méniscale est d'origine traumatique."

Dans sa réponse du 18 septembre 2020, l'intimée a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée. En annexe à son écriture, elle a joint un rapport circonstancié du 10 septembre 2020 établi par le Dr F. _____, spécialiste en chirurgie, dont on extrait ce qui suit :

"Merci, Docteur, de bien vouloir, nous orienter sur les points suivants concernant ce dossier :

- *Pouvez-vous confirmer qu'un examen clinique sans investigation complémentaire (autre que des radiographies) ne permet pas de prouver l'existence d'une rupture du ménisque ? Pouvez-vous affirmer que seule une imagerie effectuée dans les suites immédiates de l'accident de ski en 2013 aurait permis ici d'apporter la preuve d'une lésion méniscale et de préciser le type de la lésion méniscale ? Dans l'affirmative, pourquoi ?*

L'examen clinique réalisé par le Dr A. _____ dans les suites de l'entorse à ski de 2013 l'amène à considérer, à la consultation du 12.02.2013, qu'il existe des signes cliniques compatibles avec une lésion du ménisque interne. Toutefois, en l'absence d'IRM réalisée à l'époque, il ne peut s'agir que d'une suspicion clinique et ce[tt]e lésion n'a pu être confirmée.

En effet, la preuve d'une réelle déchirure méniscale n'est pas apportée ici car pas confirmée par examen iconographique (p. ex IRM) ni par l'évolution qui n'a apparemment pas été invalidante puisque l'assuré a pu reprendre une vie normale jusqu'en 2018.

L'examen clinique ne permet pas d'affirmer le diagnostic de déchirure traumatique du ménisque, sauf en cas de blocage de l'articulation (anse de seau luxée dans l'échancrure inter-condylienne) ou de clicks ou ressauts aux tests méniscaux sans lésion osseuse visible sur les radiographies.

L'examen par IRM, quant à lui, est la seule technique adéquate actuelle qui permet de faire une étude correcte de la lésion, c'est-à-dire de mettre en évidence l'existence d'une lésion méniscale et de préciser de quel type de lésion méniscale il s'agit.

Une déchirure du ménisque aurait, selon la vraisemblance prépondérante, provoqué des signes cliniques qui auraient poussé l'assuré et son chirurgien à envisager un traitement chirurgical. Le fait que la consultation ait eu lieu un mois après l'accident du 13.01.2013, que le patient ait pu continuer son activité professionnelle et que le traitement ait été de courte durée évoque des lésions de gravité légère avec une évolution favorable. D'ailleurs, aucune consultation ou traitement n'ont été nécessaires pendant cinq ans, c'est-à-dire jusqu'en 2018, date de la réapparition de symptômes douloureux du genou droit motivant une consultation et une imagerie le 24.01.2018.

Ceci étant, les arguments du Dr A. _____ ne permettent pas d'établir un lien de causalité au-delà du possible entre les troubles présentés en 2018 et l'accident de 2013.

Dans le cas présent, les radiographies réalisées le 12.02.2013 (incidence de face et incidence de Schuss) ne montrent aucune lésion post-traumatique mais des discrets signes dégénératifs du genou D (pré-arthrose avec signes de surcharge fémoro-tibiale interne) séquellaires de l'entorse, de la déchirure du LCA et de la plastie du LCA du genou D de 2003.

- *A quel événement attribuez-vous les signes de gonarthrose présents sur les radiographies du 12.02.2013 et pourquoi ?*

Les signes dégénératifs débutants retrouvés sur les radiographies du 12.02.2013 ne peuvent être mis en relation de causalité que comme « possible » avec l'événement du 13.01.2013. En effet, ces signes n'apparaissant que dans un délai de plusieurs années après un événement gravement traumatisant. Dans les antécédents médicaux du genou D de M. R. _____ on ne retrouve que le traumatisme de 2003 qui puisse expliquer l'apparition de ces signes dégénératifs.

- *Selon vous, est-ce que la déchirure du ménisque interne, ici lésion horizontale et oblique avec une discrète subluxation médiale, mise en évidence à l'IRM du 24.01.2018 est en rapport de causalité établi au degré de vraisemblance prépondérante avec l'accident de ski du 13.01.2013 ? Pourquoi ? Ou est-ce que la cause principale de cette lésion est due à l'usure ou à une atteinte préexistante spécifique selon un degré de vraisemblance prépondérante ? Pourquoi ?*

Dans l'histoire médicale du genou D de M. R. _____ il y a deux éléments établis :

- Le premier est l'entorse grave du genou D subie en 2003 avec déchirure du ligament croisé antérieur. Il faut habituellement un mécanisme d'entorse en compression-rotation externe forcée pour déchirer le LCA. Ce mécanisme entraîne souvent

une « triade malheureuse » classique : déchirure du ligament latéral interne, déchirure du ménisque interne et déchirure du LCA. Dans le cas de M. R. _____, cette entorse n'a entraîné « que » la déchirure du LCA, ce qui ne nous permet pas de certifier que les autres structures du genou n'aient pas souffert. La complication tardive classique et habituelle des déchirures du LCA est le développement d'une gonarthrose du compartiment interne du genou puis d'une pangonarthrose. Le genou D de M. R. _____ présente cette évolution qui doit, selon la vraisemblance prépondérante, être mise en relation de causalité pour le moins probable avec l'accident de 2003.

- Le deuxième élément établi est la mise en évidence d'une lésion de type II à III du ménisque interne lors de l'examen IRM du 24.01.2018. Il s'agit d'une déchirure horizontale (donc d'origine dégénérative) avec une composante oblique avec discrète subluxation médiale. Il s'agit d'une lésion dégénérative, ici dans le contexte d'une chondropathie du compartiment interne (chondropathie déjà objectivée sur les radiographies de 2013).
Dans la mesure où cette gonarthrose du compartiment interne est une complication habituelle des déchirures du LCA, l'accident de 2003 est, à notre avis, la cause la plus vraisemblable de la lésion méniscale constatée en 2018.
- A partir de ces deux éléments établis on entre dans le domaine de l'estimation.

Dans les suites de la chute à ski de 2013, le Dr A. _____ constate une clinique compatible avec une lésion méniscale interne. Mais la preuve de cette lésion n'est pas confirmée par une imagerie.

En l'absence d'un examen iconographique réalisé dans les suites immédiates de l'accident de 2013 et au vu des suites chroniques de cette symptomatologie évoquant un phénomène dégénératif évoluant vers la gonarthrose interne, la relation de causalité de la lésion méniscale découverte à l'IRM du 24.01.2018 avec l'accident du 13.01.2013 ne peut être estimée que comme « possible ». Nous pensons plus vraisemblable que la symptomatologie douloureuse du compartiment interne du genou D de M. R. _____ dans les suites de l'accident du 13.01.2013 est à mettre en relation de causalité probable avec les troubles dégénératifs et non avec une éventuelle lésion traumatique du ménisque interne qui n'est d'ailleurs pas retrouvée sur l'examen IRM du 24.01.2018."

Au terme d'un second échange d'écritures, produites les 4 et 23 mars 2021, les parties ont maintenu leurs positions respectives. Le recourant a requis la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, sans production de rapport médical complémentaire.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) 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 a pour objet le refus de prise en charge d'un traitement médical dès janvier 2018, faute de lien de causalité probable avec l'accident de 2013.

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. L'assuré a droit, notamment, 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).

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ;

il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration, le cas échéant le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans le droit des assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références citées). Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1).

Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 ; TF 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.1 et les références citées). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 138 V 248 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_220/2016 du 10 février 2017 consid. 7.3).

c) En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Cependant, lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas ou plus la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque

l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). A l'inverse, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (TF 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.2 et les références citées).

4. a) 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_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

b) 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).

Enfin, s'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

5. a) En l'occurrence, la motivation posée par l'intimée, dans sa décision, puis singulièrement dans sa réponse au recours, s'avère convaincante. Elle se fonde sur les rapports de deux médecins de caisse spécialistes, qui se rapportent de manière complète et objective aux pièces du dossier. Ainsi, dans son rapport circonstancié du 10 septembre 2020 le Dr F._____ retient que le recourant a subi une grave entorse du genou droit en 2003 avec déchirure du ligament croisé antérieur. Ce médecin précise que, pour que ce ligament en vienne à se déchirer, un mécanisme d'entorse en compression-rotation externe forcée a été nécessaire. Toujours selon le Dr F._____, un tel mécanisme entraîne souvent une « triade malheureuse » classique, à savoir une déchirure du ligament latéral interne, une déchirure du ménisque interne ainsi qu'une déchirure du ligament croisé antérieur. Or, dans le cas présent, en 2003, le recourant a été victime d'une seule déchirure ligamentaire. Une telle rupture est habituellement de nature à générer plus tard des troubles dégénératifs du genou, arthrose et dégénérescence méniscale. Cette arthrose, évolutive, n'est dès lors, selon toute vraisemblance, pas en

rapport avec l'accident survenu en 2013. En effet, selon la doctrine médicale, l'incidence de l'arthrose augmente dans les genoux qui présentent une reconstruction du ligament croisé antérieur, avec l'apparition plus tard de lésions méniscales et cartilagineuses. Dans ces conditions, les signes de dégénérescence présents sur les radiographies effectuées en 2013 ne sont pas attribuables à l'événement traumatique survenu cette année-là. Il suit de là que, de l'avis du médecin-conseil de l'intimée, le traitement prodigué en 2018 n'est, au degré de la vraisemblance prépondérante requis, pas en lien de causalité avec l'accident du 13 janvier 2013.

b) L'avis contraire du Dr A. _____, médecin traitant, en l'occurrence est affaibli par le fait que ce médecin ne pouvait poser qu'une suspicion d'atteinte méniscale en 2013, non objectivée par une IRM, et par le fait de l'écoulement de plusieurs années sans symptomatologie particulière jusqu'en 2018 ; il ne fait ainsi qu'opposer un avis divergent, non objectivable. Il ne répond par ailleurs pas à la doctrine médicale invoquée par les médecins de l'assurance quant aux suites de rupture du ligament croisé antérieur de 2003 sur l'évolution de la symptomatologie du ménisque, aucun rapport complémentaire n'ayant été produit suite à la synthèse pertinente du Dr F. _____, dont l'avis, particulièrement clair et bien documenté, s'avère convainquant. De plus, dans l'indication à l'IRM du 24 janvier 2018 demandée par le Dr A. _____, il est noté « Plastie de LCA en 2003. Recherche de pathologie du ménisque médial ? », sans aucune référence à l'accident de 2013, qui donc à ce moment ne lui a pas paru déterminant.

c) Sur la base de l'avis probant du Dr F. _____ (cf. consid. 4 supra), l'intimée était fondée à retenir que les atteintes à la santé mises en évidence le 11 janvier 2018 n'étaient pas en relation de causalité naturelle, au degré de probabilité requis (cf. consid. 3b supra), avec l'accident du 13 janvier 2013.

6. Finalement, il y a lieu d'admettre que l'administration de preuves supplémentaires - en particulier la requête tendant à la mise en

œuvre d'une expertise judiciaire - ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent et que l'on peut dès lors y renoncer (appréciation anticipée des preuves : cf. ATF 144 II 427 consid. 3.1.3, 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.3 ; 130 II 425 consid. 2.1).

7. a) S'avérant fondée, la décision attaquée doit être confirmée, et le recours rejeté en conséquence.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020, applicable conformément à l'art. 82a LPGA), ni d'allouer de dépens au recourant, qui 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 29 mai 2020 par H._____ Assurances Générales SA est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Jeanne-Marie Monney (pour R. _____),
- H. _____ Assurances Générales SA,
- Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP),

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :