

200.2017.797.LAA

N° AVS  
BOA/REN

**Tribunal administratif du canton de Berne**  
Cour des affaires de langue française

**Jugement du 19 mars 2019**

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente  
M. Moeckli et C. Tissot, juges  
A.-F. Boillat, greffière

**A.** \_\_\_\_\_  
représenté par le Syndicat B. \_\_\_\_\_, Me C. \_\_\_\_\_  
recourant

contre

**Suva**  
Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents  
Fluhmattstrasse 1, case postale 4358, 6004 Lucerne  
intimée

relatif à une décision sur opposition de cette dernière du 19 juillet 2017



## **En fait:**

### **A.**

Par déclaration de sinistre du 3 septembre 2015, l'employeur de A.\_\_\_\_\_, né en 1974, engagé depuis le 6 juillet 2015 en qualité de simple peintre/plâtrier, à un taux de 100%, a annoncé, à son assureur-accidents, la Suva, que son employé avait subi un accident le 24 août 2015. Selon la déclaration de sinistre rédigée le 3 septembre 2015 par l'employeur de l'assuré, l'accident était décrit comme suit: "En descendant d'un échafaudage, Monsieur A.\_\_\_\_\_ s'est tapé la main puis s'est coupé". Y était également évoquée une lésion au poignet droit sous forme de coupure ("*Schnitt*"). Les premiers soins ont été prodigués par le généraliste traitant de l'assuré, lequel a attesté initialement une incapacité totale de travailler du 24 août au 26 août 2015, puis (prolongée) jusqu'au 2 septembre 2015 (dos. Suva 5). La Suva a pris en charge les frais de traitement et alloué des indemnités journalières à l'assuré dès le 27 août 2015. L'assuré a repris son travail le 3 septembre 2015. Le 6 octobre 2015, l'employeur de l'assuré a annoncé à la Suva une rechute de l'accident du 24 août 2015, survenue le 29 septembre 2015. Après avoir, dans un premier temps, suspendu les prestations allouées à l'assuré, la Suva a rétroactivement (re)pris le cas en charge suite à l'appréciation médicale du 29 février 2016 de son médecin d'arrondissement (lequel a admis l'existence d'une relation de causalité pour le moins probable entre l'accident d'août 2015 et les troubles éprouvés par le recourant). Cette prise en charge a été signifiée à l'assuré par courrier du 4 mars 2016.

Sur le plan professionnel, déclaré en incapacité de travail totale depuis le 29 septembre 2015 par son généraliste traitant (dos. Suva 14), l'assuré a été licencié en octobre 2015. En avril 2016, il a déposé, auprès de l'Office AI Berne, une demande de prestations pour adultes de l'assurance-invalidité (AI).

Par décision du 24 août 2016, après avoir procédé à une comparaison des revenus (dont il en est résulté que l'assuré ne subissait aucune perte de gain sur la base d'une pleine capacité de travail dans l'exercice d'une

activité adaptée), la Suva a informé l'assuré qu'elle cesserait le versement de l'indemnité journalière au plus tard le 1<sup>er</sup> novembre 2016 (à l'exclusion des prestations pour soins nécessaires). Suite à l'opposition formulée le 26 septembre 2016 par l'assuré, représenté par un avocat d'un syndicat, sur la base de nouveaux documents médicaux, la Suva a annulé, le 14 février 2017, la décision précitée et repris le paiement des prestations d'assurance. Après avoir sollicité à plusieurs reprises son médecin d'arrondissement, qui s'est prononcé en dernier lieu, le 15 février 2017, la Suva a informé l'assuré, par décision du 28 février 2017, qu'elle mettrait fin au versement de l'indemnité journalière et au paiement des soins médicaux le 6 mars 2017 au soir, considérant que les troubles endurés n'étaient plus en lien de causalité avec l'accident survenu le 24 août 2015.

## **B.**

En dépit de l'opposition formulée le 23 mars 2017 par l'assuré, toujours représenté, contre la décision précitée de l'assureur-accidents, ce dernier a maintenu sa position par décision sur opposition du 19 juillet 2017.

## **C.**

Le 12 septembre 2017, l'assuré, toujours représenté, a interjeté recours auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA) contre la décision sur opposition précitée. Sous suite de frais et dépens, il a conclu, en substance, à son annulation et, principalement, au renvoi de la cause à l'autorité intimée pour instruction complémentaire (par la mise sur pied d'une expertise pluridisciplinaire), subsidiairement, à l'octroi d'une rente d'invalidité à dire de justice ou, plus subsidiairement, au versement d'indemnités journalières et au paiement des soins médicaux par l'intimée jusqu'à recouvrement d'une pleine capacité de travail. Dans son mémoire de réponse du 13 novembre 2017, la Suva a conclu au rejet du recours. Dans leur réplique et duplique des 24 janvier et 15 février 2018, les parties ont réitéré, en substance, leurs précédentes conclusions. Par décision incidente du 21 février 2018, la Juge instructrice a rejeté la requête du

recourant visant à la suspension de la procédure devant le TA dans l'attente des résultats de l'expertise pluridisciplinaire mise en œuvre dans la procédure AI (cf. let. A). Le 13 mars 2018, l'avocat du recourant a évalué le temps consacré aux démarches effectuées en lien avec la procédure de recours devant le TA (montant des honoraires non chiffré).

## **En droit:**

### **1.**

**1.1** La décision sur opposition du 19 juillet 2017 représente l'objet de la contestation. Elle ressortit au droit des assurances sociales et confirme le terme fixé au 6 mars 2017 au soir par la Suva, signifiant l'arrêt du versement de toutes prestations de l'assurance-accidents en relation avec l'événement survenu le 24 août 2015. L'objet du litige porte sur l'annulation de cette décision et le droit de l'assuré à la mise sur pied d'une expertise pluridisciplinaire, subsidiairement à l'octroi d'une rente d'invalidité, ou, plus subsidiairement, à la prise en charge de prestations (indemnités journalières, paiement des soins médicaux) jusqu'à recouvrement d'une pleine capacité de travail. Est particulièrement critiqué par l'assuré le caractère lacunaire de l'instruction menée par l'intimée, en particulier la nature peu fiable des documents médicaux (contradictoires) n'émanant pas de médecins indépendants et les constatations de faits manifestement erronés sur lesquels l'intimée s'est fondée pour exclure, dès le 7 mars 2017, tout lien de causalité entre l'accident survenu le 24 août 2015 et les troubles encore endurés tant somatiques, à l'épaule et à l'omoplate, que psychiques.

**1.2** Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente, par une partie disposant de la qualité pour recourir et représentée par un mandataire dûment constitué, le recours est recevable (art. 30, 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1] et art. 15 et

74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

**1.3** Le jugement de la cause incombe à la Cour des affaires de langue française du TA dans sa composition ordinaire de trois juges (art. 54 al. 1 let. c et 56 al. 1 de la loi cantonale du 11 juin 2009 sur l'organisation des autorités judiciaires et du Ministère public [LOJM, RSB 161.1]).

**1.4** Le TA examine librement la décision contestée et n'est pas lié par les conclusions des parties (art. 61 let. c et d LPGA; art. 80 let. c ch. 1 et 84 al. 3 LPJA).

**1.5** Le 1<sup>er</sup> janvier 2017 sont entrées en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA, RS 832.20) et la modification du 9 novembre 2016 de l'ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents (OLAA, RS 832.202). Pour les accidents qui sont survenus avant l'entrée en vigueur de la modification du 25 septembre 2015 et pour les maladies professionnelles qui se sont déclarées avant cette date, les prestations d'assurance sont allouées selon l'ancien droit (al. 1 des dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015).

## **2.**

**2.1** En principe, les prestations de l'assurance-accidents obligatoire sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle (art. 6 al. 1 de la LAA). 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). L'assurance-accidents obligatoire n'alloue de prestations que s'il existe un lien de causalité à la fois naturelle et adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé (ATF 129 V 177 c. 3.1 et 3.2; SVR 2018 UV n° 3 c. 3.1, 2012 UV n° 2 c. 3.1).

**2.2** Tout événement est une cause au sens de la causalité naturelle, lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière ou au même moment. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de la personne assurée, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 142 V 435 c. 1, 129 V 177 c. 3.1; TF 8C\_781/2017 du 21 septembre 2018 c. 5.1). Pour admettre un lien de causalité naturelle, il suffit que l'accident en question représente une cause partielle d'une atteinte à la santé déterminée (ATF 134 V 109 c. 9.5, 123 V 43 c. 2b; SVR 2009 UV n° 3 c. 8.3).

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 tribunal en cas de recours – examine en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation de l'état de fait et des preuves en droit des assurances sociales. La simple possibilité d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage ne suffit pas à justifier le droit à des prestations (ATF 142 V 435 c. 1, 129 V 177 c. 3.1; SVR 2010 UV n° 30 c. 5.1).

**2.3** Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective et décider s'ils permettent de trancher la question des droits litigieux de manière sûre. En particulier, le juge ne saurait statuer, en présence de rapports médicaux contradictoires, sans avoir examiné l'ensemble des preuves disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 125 V 351 c. 3a). La valeur probante d'un rapport médical dépend du fait que les points importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de

l'expert soient bien motivées. Ainsi, ni la provenance du moyen de preuve, ni l'appellation du mandat confié au médecin (rapport ou expertise) ne sont déterminantes pour la force probante d'un tel document (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 134 V 231 c. 5.1, 125 V 351 c. 3a).

Les rapports et expertises émanant de médecins internes aux assureurs ont valeur probante pour autant qu'ils apparaissent concluants, soient motivés de façon compréhensible, soient dépourvus de contradictions et qu'il n'existe pas d'indices contre leur fiabilité. Le seul fait que le médecin interrogé soit dans un rapport de subordination avec l'assureur ne permet pas déjà de conclure à un manque d'objectivité ou à une (apparence de) prévention. Selon la jurisprudence, les expertises réalisées sur la seule base du dossier ne peuvent être remises en doute si les pièces au dossier fournissent une image complète de l'anamnèse, de l'évolution et du status actuel et si ces données sont incontestées. Les résultats des examens doivent être exhaustifs. L'expert doit être en mesure de se faire, sur la base des documents à disposition, une image complète et exhaustive (RAMA 2006 p. 170 c. 3.4, 1988 p. 366 c. 5b).

### 3.

En l'espèce, il apparaît d'emblée que le déroulement de l'accident ou plutôt la description telle qu'opérée par les différents intervenants n'est pas convergente. Il est en effet question d'un choc subi à la main et d'une coupure alors que l'assuré descendait d'un échafaudage (selon la déclaration de sinistre), d'une chute d'un échafaudage sur le côté droit voire sur le dos (pour le généraliste traitant) d'une hauteur avoisinant trois à quatre mètres (selon les déclarations de l'assuré à l'inspecteur de la Suva le 6 janvier 2016), voire six mètres (toujours selon le recourant, mais dans son mémoire de recours du 12 septembre 2017, p. 5). Le neurologue consulté a fait état, quant à lui, et selon les dires de l'assuré, d'une barre de fer qui serait tombée sur le recourant. Malgré ces descriptions divergentes de l'accident, qui ne sont vraisemblablement pas étrangères au fait que l'assuré parle un français haché (dos. Suva 126), le TA peut suivre l'intimée lorsqu'elle admet que l'événement du 24 août 2015 constitue bien un

accident au sens de l'art. 4 LPG, impliquant une obligation, pour cette dernière, de prester. Quant à la nature des blessures subies, il apparaît, selon la déclaration de sinistre du 3 septembre 2015, que la chute de l'assuré lui a occasionné, au niveau de la main droite, une coupure, voire une contusion de la main/poignet droits, et dont les parties s'accordent sur le fait que ces lésions ont guéri, apparemment, sans séquelles notoires (aucun document médical versé au dossier ne les documente), dès lors qu'après une incapacité de travail totale du 24 août au 2 septembre 2015, l'assuré a repris son activité professionnelle le 3 septembre 2015. Quant aux douleurs/limitations éprouvées par l'assuré à l'épaule droite, en particulier à l'omoplate, il appert qu'elles ont été protocolées dès le 29 septembre 2015, soit subséquentement à l'événement du 24 août 2015. Dans ce contexte, elles ont été annoncées, par l'employeur de l'assuré, comme étant une rechute à l'accident survenu en août 2015 (cf. let. A).

#### **4.**

Sur le plan médical, les informations suivantes ressortent du dossier:

**4.1** Le médecin traitant de l'assuré, spécialiste en médecine interne, sur la base de clichés réalisés et de douleurs éprouvées par son patient (à la pression) à l'omoplate droite, a retenu, dans son rapport daté du 9 octobre 2015, une contusion de l'omoplate droite, sans lésions osseuses et sans hématome. En relation avec ce diagnostic, il a retenu une incapacité totale de travailler dès le 29 septembre 2015, tout en mentionnant, alors, une possible reprise du travail à temps partiel, mais sans en arrêter la date.

**4.2** Le rapport médical du 27 octobre 2015 d'un spécialiste en orthopédie, retenant le fait qu'une barre est tombée sur l'épaule droite de l'assuré, a arrêté le diagnostic d'un conflit thoraco-scapulaire avec tendinopathie d'insertion surajoutée et une arthrose acromio-claviculaire asymptomatique. Il a également mentionné un status après une contusion du poignet droit et de l'épaule droite. A l'examen clinique, il a décrit un patient ayant une musculature développée et symétrique dans le haut du corps. L'examen de l'épaule a été qualifié de sans particularités, la mobilité passive et active étant conservée. Il a relevé une crépitation à la

mobilisation de l'épaule, décrite comme indolore pour l'assuré. Supposant une importante tendinopathie d'insertion de la musculature stabilisatrice de l'omoplate et une bursite scapulothoracale, ce spécialiste a préconisé de recourir à des infiltrations (qualifiées de bénéfiques). Il a également prescrit à l'assuré un traitement conservateur avec physiothérapie. En référence à une IRM de l'omoplate droite effectuée (apparemment) le 29 septembre 2015, ce spécialiste n'a pu relever aucun hématome, aucune lésion osseuse ou exostose du cartilage.

**4.3** Sur la seule base des deux derniers rapports médicaux précités (cf. c. 5.1 et 5.2) et tout en mentionnant la nécessité de compléter le dossier médical (notamment par la production des clichés réalisés), le médecin d'arrondissement, bien que sollicité à ce sujet, n'a pu se prononcer, le 11 novembre 2015, sur l'existence d'un éventuel lien de causalité entre l'accident survenu en août 2015 et les troubles à l'épaule droite éprouvés par le recourant.

**4.4** Dans son rapport subséquent daté du 3 décembre 2015, en liaison avec une consultation ayant eu lieu le 23 novembre 2015, le spécialiste en orthopédie a réitéré les diagnostics précédemment retenus et confirmé ses précédentes conclusions médicales. Il a également fait mention de l'effet bénéfique, sur la douleur, d'infiltrations à base d'un dérivé de la cortisone dans l'omoplate, alors que les séances de physiothérapie sembleraient, aux dires de l'assuré, exacerber les douleurs. Dans son rapport subséquent du 16 décembre 2015, ce spécialiste a réitéré la présence d'un conflit thoraco-scapulaire avec tendinopathie d'insertion surajoutée et une arthrose acromio-claviculaire asymptomatique en présence (*bei*) d'un statut après une contusion de l'épaule droite. Il a mentionné l'existence d'une sonographie au niveau de l'épaule droite qui aurait été effectuée le 9 décembre 2015, et qu'il a qualifiée de sans particularités. Il apparaît également que de nouvelles radiographies (cf. c. 4.10) auraient été effectuées, qui auraient mis en évidence un rétrécissement de l'espace sous-acromial, sans autre anomalie.

**4.5** Sollicité par l'intimée, le 11 janvier 2016, suite aux dernières investigations pratiquées et à l'entretien mené par un inspecteur de la Suva avec l'assuré le 6 janvier 2016, le médecin d'arrondissement a réitéré, le

18 janvier 2016, à l'instar de sa dernière prise de position (cf. c. 4.3), qu'en l'état, à savoir à défaut d'avoir pu consulter les rapports de radiographies et d'IRM effectuées, il était dans l'incapacité de se prononcer quant à la question d'un lien de causalité entre l'accident du 24 août 2015 et les troubles douloureux éprouvés par le recourant à l'épaule.

**4.6** L'examen clinique pratiqué le 28 janvier 2016 par le spécialiste en orthopédie (dont les conclusions ont été rédigées le 11 février 2016) a confirmé le diagnostic d'un status après contusions de l'épaule et du poignet droits, et celui d'un conflit thoraco-scapulaire avec tendinopathie d'insertion surajoutée et une arthrose acromio-claviculaire asymptomatique. Le médecin orthopédiste a toutefois (nouvellement) envisagé un diagnostic différentiel (enclavement du nerf supra-scapulaire droit). Il a motivé son raisonnement par le fait que le recourant avait éprouvé un mieux-être grâce aux infiltrations pratiquées à l'omoplate, grâce également à la prise régulière d'antidouleurs. Quant à l'examen clinique, il n'a révélé qu'une zone douloureuse à la palpation (musculature péri-scapulaire). Une légère crépitation a également été mentionnée lors de la mobilisation de l'épaule. Concernant la mobilité de l'épaule, ce spécialiste a estimé que celle-ci était intacte. Au vu du diagnostic différentiel qu'il a suspecté, ce praticien a préconisé de recourir à un examen neurologique (afin de pouvoir arrêter un diagnostic précis) et de pratiquer également une nouvelle arthro-IRM de l'épaule droite.

**4.7** Interpellé par la Suva au sujet d'un (éventuel) lien de causalité entre l'événement d'août 2015 et les douleurs éprouvées à l'épaule, un (autre) médecin d'arrondissement de la Suva, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, a estimé, le 29 février 2016, qu'il existait une relation de causalité pour le moins probable entre l'événement initial du 24 août 2015 et la nouvelle incapacité de travail attestée médicalement depuis le 29 septembre 2015 en raison de douleurs scapulaires. Interrogé sur la même question, le médecin orthopédiste traitant, dans l'appréciation du 29 février 2016 également signée par la Cheffe de clinique (suite à une consultation du 15 février 2016), a retenu que la symptomatologie douloureuse à l'épaule droite était à mettre (selon la plus haute vraisemblance) en liaison avec l'événement du 24 août 2015.

En se fondant sur l'avis de son médecin d'arrondissement, l'intimée a rétroactivement (re)pris le cas en charge, alors qu'elle avait, suite à l'annonce de rechute survenue le 29 septembre 2015 et jusqu'à l'appréciation par le médecin d'arrondissement des investigations médicales complémentaires effectuées, suspendu ses prestations (cf. let. A). Cette prise en charge a été signifiée à l'assuré par courrier du 4 mars 2016.

**4.8** Le rapport médical du 14 mars 2016 d'un spécialiste en neurologie (transmis tardivement, le 7 février 2017, à l'intimée), a fait part de douleurs (en recrudescence) éprouvées (tant à la mobilisation qu'au repos) par l'assuré à l'épaule droite. Ce médecin a objectivé, à l'examen clinique, une crépitation (cf. 4.2) désormais douloureuse au niveau de l'épaule droite et une palpation douloureuse de l'omoplate sur un patient dont le haut du corps est décrit comme étant très musclé, ne présentant pas d'atrophies ni de déficit passif à la mobilisation. Sur la base de ses observations cliniques et des examens complémentaires effectués (électromyographie), ce spécialiste, tout en mentionnant l'existence d'un tableau douloureux atypique, a pu exclure toute pathologie neurologique (neuropathies).

**4.9** Le rapport subséquent du 25 mai 2016 (transmis le 8 juillet 2016 à la Suva) du spécialiste en orthopédie, reprenant les éléments médicaux connus, a fait état, en sus, d'un patient présentant un abcès axillaire droit (qu'il a fallu inciser). En raison de douleurs en recrudescence dues à cette infection, entravant également la mobilité du bras, ce spécialiste n'a pu pratiquer (consultation du 27 avril 2016) un examen clinique sous l'angle orthopédique. Dès lors, sur la base des déclarations de l'assuré, l'orthopédiste a retenu l'absence d'amélioration de l'état douloureux chez l'assuré, ce, malgré le recours à des infiltrations au niveau de l'omoplate et des séances de physiothérapie. Au terme de la consultation, l'orthopédiste a estimé que le dossier (purement) orthopédique de l'assuré était clos en raison de l'épuisement des options thérapeutiques. Ce spécialiste a préconisé d'adresser le recourant à un spécialiste de la douleur sur la base d'un trouble douloureux chronique.

Se fondant sur l'avis de son médecin d'arrondissement (qui a été consulté le 8 juillet 2016 suite à ce dernier rapport médical, consultation évoquée

dans le rapport de l'inspecteur de la Suva du 5 août 2016), l'intimée, par décision initiale du 24 août 2016, a mis fin aux prestations d'assurance allouées jusqu'ici au-delà du 31 octobre 2016 sur la base d'une capacité de travail (prétendument) recouvrée dans une activité adaptée et selon un profil arrêté par le médecin d'arrondissement (et dont le rapport ne figure par ailleurs pas au dossier). Le recourant a formulé une opposition contre cette décision le 26 septembre 2016.

**4.10** Les imageries/clichés, dont la production (pourtant) requise de longue date (novembre 2015) par le médecin d'arrondissement (cf. c. 4.3), ont été transmis à la Suva en date du 29 août 2016. Il en ressort les éléments suivants:

Le rapport de l'IRM du 29 septembre 2015 n'a mis en lumière aucun hématome ou fracture. Cette absence de lésions (valeurs dans les normes) a été confirmée par les conclusions du radiologue datées du 9 décembre 2015, seul un rétrécissement de l'espace sous-acromial sans autre anomalie a été mentionné. Quant à l'arthro-IRM de l'épaule droite ayant eu lieu le 1<sup>er</sup> février 2016, elle a permis d'exclure la présence de kystes, d'œdèmes musculaires ou de toute anomalie des récepteurs. Egalement toute atrophie musculaire ou altération de la coiffe des rotateurs a pu être écartée. L'IRM a néanmoins mis en évidence une (possible) tendinose, une légère dégénérescence de l'insertion du biceps et une petite arthrose acromio-claviculaire.

**4.11** Dans son rapport du 14 décembre 2016 en liaison avec les perfusions régulières à la kétamine ayant eu lieu entre juillet et novembre 2016, le médecin spécialiste de la douleur a fait état d'une neuropathie du nerf suprascapulaire droit et d'une dénervation et atrophie atypique de la musculature périscapulaire et des troubles de la perception de la douleur post-traumatique. Il a qualifié le pronostic médical d'incertain, voire même pessimiste. Tout en excluant une reprise du travail, ce spécialiste a mentionné une mobilité restreinte de l'épaule droite.

**4.12** Dans son rapport succinct du 21 décembre 2016, le médecin d'arrondissement de la Suva a retenu un "statu quo sine ou ante" à cette même date. Il a néanmoins précisé que ses conclusions valaient sous

réserve de celles figurant dans le rapport neurologique du 14 mars 2016, qu'à ce stade et bien que requises depuis février 2016, il n'avait pas encore pu consulter, faute d'avoir été versées au dossier de la Suva.

Suite à l'opposition formulée par l'assuré contre la décision initiale du 24 août 2016, la Suva a annulé cette décision en date du 14 février 2017 et repris le versement des prestations d'assurance en liaison avec l'événement du 24 août 2015.

**4.13** Une fois en possession (le 14 février 2017) du rapport neurologique du 14 mars 2016 (que l'intimée a reçu le 7 février 2017), le médecin d'arrondissement de la Suva, dans ses conclusions du 15 février 2017 a fait état d'un statu quo sine recouvré à cette même date, au motif que les troubles dont souffre encore l'assuré n'ont aggravé que de manière passagère un état maladif antérieur.

En se fondant sur le dernier avis médical de son médecin d'arrondissement, la Suva, par décision formelle du 28 février 2017, a mis fin au 6 mars 2017 au soir, à l'octroi/au versement des prestations d'assurance allouées jusqu'ici.

**4.14** Le généraliste traitant a relevé, dans son rapport du 4 mai 2017, que l'incapacité de travail du recourant était totale en raison des douleurs éprouvées, dont il apparaît, selon lui, qu'elles sont en lien de causalité avec l'événement du 24 août 2015, son patient n'ayant présenté, préalablement à cet accident, aucun problème de santé de cette nature-là.

**4.15** Dans son appréciation médicale du 13 juillet 2017, le médecin d'arrondissement, sur la base d'examens exhaustifs pratiqués par ses confrères, a estimé que le statut quo suite à l'événement accidentel du 25 août 2015 avait été recouvré au plus tard le 15 février 2017. Il a ainsi estimé que les troubles endurés à l'épaule n'étaient plus, au-delà de cette date, en lien de causalité avec l'événement accidentel d'août 2015. Tout au plus pouvait-on considérer que l'accident avait aggravé temporairement une situation malade existante, voire l'avait révélée.

## 5.

Alors que la Suva s'est fondée, dans sa décision contestée par laquelle elle a mis fin aux prestations d'assurance, sur l'ultime prise de position de son médecin d'arrondissement (cf. c. 4.15), le recourant, quant à lui, considère qu'au vu du caractère fluctuant, peu fiable et contradictoire des différentes prises de position de ce médecin interne à l'assurance ayant jalonné toute la procédure menée par la Suva, l'on ne saurait accorder une force probante suffisante à son dernier rapport médical.

**5.1** Il est vrai que, de prime abord, les premières appréciations du médecin d'arrondissement de la Suva, consulté à réitérées reprises par l'intimée, pourraient apparaître comme étant laconiques, hésitantes ou provisoires. Il convient néanmoins d'emblée de replacer ses apparentes hésitations dans leur contexte, à savoir tout d'abord que la (re)constitution du dossier médical de l'assuré s'est avérée fastidieuse (des documents ayant même été perdus [radiographies du poignet chez le généraliste traitant]). Dans ce contexte, et si l'on examine chronologiquement les différentes prises de position du médecin d'arrondissement, celles-ci apparaissent comme étant logiques. En effet, si le médecin d'arrondissement a, dans un premier temps (en novembre 2015 et janvier 2016), renoncé à s'exprimer sur la question d'un lien de causalité entre l'événement d'août 2015 et les douleurs/limitations scapulaires éprouvées par le recourant au moment de la décision contestée, c'est, faute d'avoir eu en sa possession les documents médicaux topiques, à savoir, à ce stade de la procédure, tant les radiographies effectuées le jour de l'accident chez le généraliste traitant que les investigations radiologiques subséquentes (notamment imagerie de l'omoplate du 29 septembre 2015). Par la suite (février 2016), c'est sur la base des seules conclusions du spécialiste en orthopédie datées du 28 janvier 2016, qu'un deuxième médecin d'arrondissement de la Suva, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie (cf. c. 4.7) a admis, le 29 février 2016, mais avec prudence (comme l'atteste la locution utilisée de "*causalité pour le moins probable*"), et de manière plutôt favorable pour l'assuré, une causalité naturelle entre l'événement du 24 août 2015 et les douleurs éprouvées à l'épaule droite, en dépit d'avoir pu consulter les documents radiographiques requis par son

confrère. C'est d'ailleurs sur ce dernier avis médical que l'intimée a (re)pris le cas (rechute annoncée le 29 septembre 2015) en charge, rétroactivement, et sur la base d'un lien de causalité, qu'à ce stade de la procédure (soit moins de 6 mois après l'événement accidentel), elle a admis. S'il est vrai qu'il n'est pas possible, pour le TA, d'apprécier la force probante des motifs ayant guidé le médecin d'arrondissement initialement en charge du dossier (consulté le 8 juillet 2016 et dont le rapport n'est pas versé au dossier) à arrêter le profil d'exigibilité décrit dans la décision initiale du 24 août 2016, il n'en demeure pas moins que cette décision a été annulée sur la base de nouveaux éléments médicaux versés au dossier. Quant aux conclusions médicales ultérieures du 21 décembre 2016 du même médecin d'arrondissement, lequel a retenu un statu quo sine à cette même date (soit 16 mois après l'événement accidentel), elles ont été retenues sur la base d'un dossier radiologique transmis à la Suva le 29 août 2016, suite à la clôture du dossier médical sur le plan orthopédique par un spécialiste du domaine, le 26 mai 2016 (en raison de l'épuisement des options thérapeutiques) et du constat de troubles de la perception de la douleur par un médecin spécialiste de la douleur. Enfin, si le médecin d'arrondissement de la Suva a, certes, à cette occasion, réservé une appréciation (éventuellement) divergente, c'est uniquement par souci de complétude et afin de tenir compte des conclusions du neurologue datées du 14 mars 2016 (et qu'il n'a reçues que le 14 février 2017).

Au vu du contexte médical précédemment décrit, il ne saurait être question de prises de position médicales hésitantes et contradictoires dont on devrait d'emblée inférer que toute appréciation médicale émanant de ce médecin est d'emblée dépourvue de toute valeur probante.

**5.2** Il apparaît bien au contraire, à l'examen de l'ultime avis médical du médecin d'arrondissement du 13 juillet 2017 et sur lequel l'intimée a fondé sa décision contestée du 19 juillet 2017, que ce dernier, conscient du fait que les rapports médicaux des spécialistes ayant suivi l'assuré lui étaient parvenus au coup par coup, a tout d'abord résumé lesdits rapports chronologiquement et avec un soin particulier. Il a ainsi pris en considération tous les aspects essentiels du dossier, ne négligeant aucun des problèmes de santé de l'assuré. Contrairement à l'avis du recourant, il

appert également que les diagnostics retenus par le médecin d'arrondissement (arthrose asymptomatique de l'articulation acromio-claviculaire et conflit scapulo-thoracique) correspondent en tous points à ceux arrêtés par l'orthopédiste traitant (cf. notamment c. 4.2 et 4.4). De plus, en sa qualité de généraliste, c'est en faisant la synthèse d'un dossier médical abouti (TF 9C\_310/2017 du 27 décembre 2017), sur la base de multiples examens cliniques ciblés pratiqués par ses confrères spécialistes des divers domaines médicaux concernés, après avoir consulté les nombreux clichés réalisés tout au long du processus médical (qui n'ont mis en lumière aucun hématome, aucune lésion structurelle organique objectivable telle une fracture ou déchirure au niveau de l'épaule) que le médecin d'arrondissement a arrêté sa prise de position. C'est également en tenant compte des incohérences relevées par ses confrères dans le tableau clinique douloureux du recourant, d'une perception altérée de la douleur et d'un assuré décrit comme étant très musclé sur le haut du corps en dépit d'une mobilité (prétendument) fortement réduite en raison de douleurs (désormais) exacerbées dans toutes les positions que le médecin d'arrondissement a arrêté son raisonnement. Il appert également que dans le contexte du trouble douloureux éprouvé, le recourant souffre de longue date (et indépendamment de la survenance de l'accident d'août 2015) d'abcès axillaires à répétition dont il est également envisageable qu'ils jouent un rôle dans le trouble douloureux éprouvé (l'abcès axillaire dont a souffert l'assuré en avril 2016 a d'ailleurs dû être incisé et a rendu tout examen clinique sur le plan orthopédique impossible en raison des douleurs éprouvées à l'épaule). Quant au lien entre le médecin d'arrondissement et l'intimée, il ne permet pas d'emblée de douter de l'objectivité de l'appréciation de celui-ci, ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré (voir c. 2.3). En effet, ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que des doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation d'un médecin interne à l'assureur peuvent être considérés comme objectivement fondés (ATF 125 V 351 c. 3b/ee). Sur ce point, le recourant, pas plus que le dossier, ne laissent apparaître d'éléments concrets susceptibles de démontrer la partialité du médecin d'arrondissement de la Suva. Il apparaîtrait même que la version des faits retenue par le médecin d'arrondissement est plutôt favorable à l'assuré, dès lors qu'il a retenu (et en dépit de descriptions divergentes de l'accident,

cf. c. 3) que le recourant avait chuté d'un échafaudage d'une hauteur de trois à quatre mètres.

**5.3** De l'ensemble de ce qui précède, le TA retient tout d'abord que le médecin d'arrondissement de la Suva s'est prononcé sur la base d'un dossier médical exhaustif (des investigations ayant été pratiquées sur le plan orthopédique, neurologique et chez un spécialiste de la douleur) ne nécessitant pas la mise en œuvre de nouvelles mesures d'instruction médicale (notamment la mise sur pied d'une expertise pluridisciplinaire). Concernant l'existence d'un éventuel lien de causalité entre l'accident survenu le 24 août 2015 et les troubles à l'épaule droite ressentis par le recourant, le TA considère que l'appréciation du médecin d'arrondissement de la Suva est convaincante et qu'il n'y a donc pas lieu de s'en écarter. Elle s'avère complète et claire au sens de la jurisprudence en la matière. Qu'une possibilité d'influence de l'accident du 24 août 2015 sur l'évolution à long terme de l'épaule droite ne puisse pas être absolument exclue ne suffit pas. A cet égard, l'on soulignera que le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident (comme l'infère le médecin traitant de l'assuré, cf. c. 4.17) ne suffit pas non plus à établir un lien de causalité au-delà de cette date (raisonnement "*post hoc, ergo propter hoc*" pas déterminant: ATF 119 V 335 c. 2b/bb; SVR 2008 UV n° 11 c. 4.2.3). Cet argument n'est donc d'aucune utilité pour l'assuré. Dans ces conditions, c'est à raison, compte tenu du degré de preuve de la vraisemblance prépondérante qui guide l'appréciation, que le médecin d'arrondissement a estimé, au sens du droit de l'assurance-accidents, qu'il n'existait plus de lien de causalité naturelle au-delà (très raisonnablement) du 15 février 2017 entre les troubles encore endurés et l'événement accidentel du 24 août 2015.

**5.4** Par souci de complétude, le TA précise que le recourant se méprend également lorsqu'il critique la disparition, dans la décision du 28 février 2017, des limitations retenues dans le profil d'exigibilité évoqué dans la décision initiale du 24 août 2016. En effet, la décision contestée met un terme aux prestations compte tenu de la disparition de tout lien de causalité entre l'événement du 24 août 2015 et les troubles subsistants (douleurs scapulaires, perte de mobilité). A défaut de séquelles

accidentelles (encore) reconnues, l'établissement d'un profil d'exigibilité ne se justifie plus pour l'assureur-accidents.

## **6.**

**6.1** Selon la jurisprudence, un fait est la cause adéquate d'un résultat si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, ce fait était propre à entraîner un résultat du genre de celui qui s'est produit, la survenance de celui-ci paraissant ainsi de façon générale favorisée (ATF 129 V 177 c. 3.2, 125 V 456 c. 5a; SVR 2010 UV n° 30 c. 5.2). Le point de savoir si un accident se trouvant en lien de causalité naturelle avec l'atteinte à la santé survenue présente aussi un rapport de causalité adéquate avec celle-ci – condition mise au droit à des prestations de l'assurance-accidents – est une question de droit, qu'il convient de trancher en appliquant les règles développées par la doctrine et la jurisprudence. Contrairement à la causalité naturelle, qui est une question de fait, la causalité adéquate, en tant que question de droit, ne doit pas être examinée sous l'angle de la vraisemblance prépondérante (ATF 112 V 30 c. 1b).

**6.2** A défaut, pour le recourant, de présenter des séquelles accidentelles organiques au-delà du 15 février 2017, il convient d'examiner la situation sous l'angle psychique. En effet, si l'atteinte du recourant devait être qualifiée de psychique, voire psychosomatique (certes, aucun diagnostic psychiatrique n'a été arrêté, mais il appert néanmoins que l'assuré présente des symptômes non objectivables du point de vue organique), il y aurait alors lieu d'examiner s'il existe un lien de causalité entre les troubles encore encourus et l'événement accidentel du 24 août 2015.

**6.3** En l'espèce, la question de savoir si les (éventuels) troubles psychiques susceptibles d'affecter le recourant sont dans une relation de causalité naturelle à tout le moins partielle avec l'accident du 24 août 2015 peut être laissée ouverte. En présence de séquelles organiques d'un accident objectivement établies, la causalité adéquate se recouvre en grande partie avec la causalité naturelle et n'a pratiquement pas de

signification propre. En revanche, en cas de symptômes (accidentels) non objectivables du point de vue organique (situation qui correspond à celle du recourant), il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (ATF 140 V 356 c. 3.2; SVR 2017 UV n° 8 c. 3.3). Dans ce contexte, à défaut pour le recourant d'avoir présenté les signes cliniques appartenant à un traumatisme de type "coup du lapin" à la colonne vertébrale, un traumatisme analogue à un "coup du lapin" (SVR 1997 UV n° 95 c. 2a, 1995 UV n°23 c. 2) ou un traumatisme cranio-cérébral (ATF 117 V 369 c. 4b; SVR 2001 UV n° 1 c. 3), c'est à raison que l'intimée, dans sa décision sur opposition du 19 juillet 2017, a examiné la causalité adéquate en faisant application de la pratique relative aux troubles psychiques émanant de l'ATF 115 V 133, que le recourant, au vu des motifs invoqués, a également cautionnée.

## **6.4**

**6.4.1** En cas de troubles psychiques consécutifs à un accident, l'admission d'un lien de causalité adéquate suppose en principe que l'événement traumatique présente une importance déterminante dans l'apparition d'une incapacité de gain d'origine psychique. Tel est le cas s'il présente objectivement une certaine gravité ou, en d'autres termes, s'il entre sérieusement en ligne de compte. Selon la jurisprudence, les accidents peuvent être classés en trois catégories: les accidents insignifiants ou de peu de gravité, les accidents graves et, entre les deux, les accidents de gravité moyenne. On rappellera que pour procéder à la classification de l'accident dans l'une des trois catégories précitées, il faut uniquement se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même. Sont déterminantes les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent. En fonction de la gravité de l'accident, des critères supplémentaires sont, au cas par cas, à prendre en compte. Ces critères sont examinés en excluant tout aspect psychique (ATF 140 V 356 c. 5.1, 129 V 177 c. 4.1, 115 V 133 c. 6; SVR 2018 UV n° 21 c. 4.2, 2011 UV n° 10 c. 4.2.2).

**6.4.2** En l'occurrence, les circonstances précises dans lesquelles l'assuré a chuté ne figurent pas au dossier qui ne fournit, au demeurant, que très peu de précisions à son sujet (cf. c. 3). La déclaration d'accident, remplie par l'employeur près de 10 jours après l'événement accidentel indique uniquement qu'en descendant d'un échafaudage, l'assuré s'est tapé la main puis coupé. Ce n'est que suite à une (nouvelle) consultation chez son généraliste traitant en raison d'une épaule douloureuse, le 29 septembre 2015, soit près d'un mois après la survenance des faits (dos. Suva 14) que l'assuré a "précisé" qu'il avait fait une chute d'un échafaudage. Par la suite, devant l'inspecteur de l'intimée, le recourant a réitéré le fait qu'il avait chuté d'un échafaudage, expliquant que celui-ci avait une hauteur de trois à quatre mètres (dos. Suva 33/2). Or, selon la jurisprudence de notre Haute Cour relative à des chutes d'une certaine hauteur, si l'on prend en considération les déclarations dites de la "première heure" de l'assuré, plus objectives et plus fiables que des explications données par la suite (comme dans son mémoire de recours en p. 5 où il est question d'une chute de six mètres) qui peuvent être influencées consciemment ou non par des réflexions subséquentes inspirées par le droit des assurances ou d'une autre manière (ATF 143 V 168 c. 5.2.2, 121 V 45 c. 2a), à savoir que le recourant est tombé d'un échafaudage de trois à quatre mètres, un tel événement entrerait dans la notion des accidents de moyenne gravité, dans la limite inférieure. A noter, et contrairement à l'avis du recourant, que même si l'on retenait qu'il avait fait une chute de six à huit mètres ayant entraîné des lésions osseuses sévères (ce qui n'est nullement le cas en l'espèce), l'on se situerait encore dans la notion d'accident de moyenne gravité (TF 8C\_420/2013 du 30 mai 2014 c. 7.1), mais dans la limite supérieure cette fois.

**6.5** Pour juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident de gravité moyenne et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique, l'événement accidentel lui-même n'est pas seul déterminant. Le TF a précisé qu'il convenait bien plus de prendre en considération, dans une appréciation globale, d'autres circonstances objectivement établies qui sont en connexité étroite avec l'accident ou qui apparaissent comme des effets directs ou indirects de l'événement assuré. Les critères les plus

importants établis par le TF sont les suivants (ATF 129 V 177 c. 4.1, 115 V 133 c. 6c/aa):

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident;
- la gravité ou la nature particulière des lésions (physiques), en particulier leur aptitude à engendrer, selon l'expérience, des conséquences psychiques;
- la durée anormalement longue du traitement médical;
- les douleurs physiques persistantes;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident;
- les difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes;
- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions subies.

Face à un accident de gravité moyenne stricto sensu, si aucun critère ne s'est manifesté de manière particulièrement marquante, il faut un cumul de trois critères sur les sept pour admettre un caractère adéquatement causal (SVR 2018 UV n° 21 c. 4.3). S'agissant d'un accident de gravité moyenne à la limite de la catégorie des accidents légers, la présence de quatre critères est requise à cet effet (SVR 2018 UV n° 29 c. 4.2.2). L'appréciation de l'accident à la lumière de ces critères et de son déroulement objectif aboutit à l'admission ou au rejet d'un lien de causalité adéquate (ATF 117 V 359 c. 6a, 115 V 133 c. 6c/bb; cf. RAMA 1997 p. 167 c. 4b).

**6.5.1** Le déroulement de l'accident en cause ne permet pas de le faire apparaître comme particulièrement dramatique ou impressionnant. Après avoir chuté d'un échafaudage d'une hauteur de deux ou trois mètres, vers 11h du matin, l'assuré n'a pas consulté un service des urgences, mais s'est rendu, l'après-midi chez son généraliste traitant pour une coupure/ contusion du poignet. Son médecin a effectué des clichés de la main droite et lui a prescrit un arrêt de travail de quelques jours seulement. Le recourant a d'ailleurs repris le travail (le 3 septembre 2015).

**6.5.2** Quant à la nature des lésions physiques apparues, leur gravité doit être d'emblée niée. En effet, la contusion et la plaie à la main droite ont guéri sans séquelles et rapidement (reprise du travail une dizaine de jours après l'accident). Quant aux douleurs à l'épaule droite éprouvées par le

recourant, il appert que l'IRM effectuée le 29 septembre 2015 a permis d'exclure toute lésion osseuse ou exostose du cartilage.

**6.5.3** S'agissant de la durée anormalement longue du traitement, le TF a précisé que l'aspect temporel n'est pas seul décisif. Sont également à prendre en considération la nature et l'intensité des traitements administrés (TF 8C\_533/2017 du 17 avril 2018) entraînant une restriction supplémentaire importante de la qualité de vie. Des consultations de contrôle régulières, même sur un laps de temps non négligeable n'entrent pas dans la notion de traitement thérapeutique nécessaire dont il faut tenir compte (TF 8C\_1007/2012 du 11 décembre 2013 c. 5.4.3 et les références citées). En l'espèce, s'il apparaît que l'assuré a été suivi de manière continue par un spécialiste en orthopédie d'octobre 2015 à mai 2016, et dès fin 2015 par un spécialiste de la douleur, et qu'il a aussi consulté un neurologue, il appert également qu'il (n')a bénéficié en termes de traitements (que) d'infiltrations à l'épaule droite, de séances de physiothérapie (qu'il a abandonnées au vu des douleurs occasionnées) et de médication antalgique. Cela ne constitue pas, au vu de la jurisprudence précitée, un traitement particulièrement invasif.

**6.5.4** Par ailleurs, l'on ne saurait également considérer que des difficultés ou des complications importantes sont apparues, dans la mesure où la seule durée du traitement médical et des troubles ressentis ne peut suffire, à elle seule, pour admettre la réalisation des deux aspects partiels de ce critère. Le recourant semble en effet perdre de vue que le spécialiste en orthopédie a clos son dossier médical sous l'angle orthopédique au 25 mai 2016 sur un constat d'épuisement des options thérapeutiques au vu des diagnostics retenus et en prenant également en considération le fait que l'assuré synthétisait très mal la symptomatologie douloureuse éprouvée (dos. Suva 79).

**6.5.5** Rien ne permet en outre de retenir qu'il y aurait eu une erreur dans le déroulement du traitement médical. Bien au contraire, il apparaît que, d'emblée, le généraliste traitant a pratiqué les investigations nécessaires (imagerie du poignet droit immédiatement après l'accident puis IRM de l'épaule droite fin septembre dès l'annonce de rechute au vu de l'apparition de douleurs à l'épaule droite le 29 septembre 2015). Par la suite, les

douleurs invoquées par l'assuré ont été prises au sérieux par le corps médical, comme l'atteste le fait que de nombreux clichés, à intervalles réguliers, ont été pratiqués et des examens spécialisés ont également eu lieu. Face au tableau clinique atypique présenté par l'assuré, il apparaît même que l'orthopédiste consulté a envisagé également un diagnostic différentiel.

**6.5.6** Quant aux douleurs persistantes ressenties par le recourant, elles ont certes été relevées dans pratiquement toutes les descriptions figurant au dossier et jusqu'à la clôture du cas d'accident. Le TF a précisé que l'intensité des douleurs devait être examinée au regard de leur crédibilité ainsi que de leur empêchement qu'elles entraînent dans la vie quotidienne (TF 8C\_420/2013 du 30 mai 2014 c. 7.2). Il apparaît tout d'abord qu'une dizaine de jours après l'accident (le 3 septembre 2015), l'assuré a repris le travail après une période d'incapacité de travail. Par la suite, il est également fait mention, en février 2016, de l'effet bénéfique des infiltrations pratiquées, les douleurs ayant été qualifiées d'en diminution. S'il est vrai que le dossier fait état de douleurs invoquées et décrites comme en continue recrudescence (désormais dans toutes les situations/positions/mouvements amorcés), il apparaît également qu'une discordance a été relevée entre le tableau clinique décrit et la situation objective (notamment dos. Suva 126/2).

**6.5.7** Finalement, le critère relatif à la question du degré et de la durée de l'incapacité de travail peut rester ouvert même s'il n'apparaît pas, dès l'abord, que le recourant a déployé des efforts sérieux pour reprendre une activité lucrative compatible avec son état de santé, l'assuré ayant plutôt été décrit comme étant revendicateur (dos. Suva 63).

**6.6** Au regard de l'ensemble des circonstances, un seul critère pourrait, tout au plus, être retenu. Cela est insuffisant pour que l'accident du 24 août 2015, qualifié de gravité moyenne, soit tenu pour la cause adéquate des (éventuels) troubles psychiques de l'assuré.

**7.**

**7.1** Il s'ensuit que c'est à raison que l'intimée a mis fin, au 6 mars 2017 au soir, aux prestations d'assurance allouées jusqu'ici. Vu ce résultat (absence, au plus tard au 6 mars 2017 au soir, de tout lien de causalité entre les troubles dont souffre le recourant et l'accident du 24 août 2015), la question de savoir si l'état de santé était ou non stabilisé ne se pose pas.

**7.2** Le recours interjeté contre la décision sur opposition du 19 juillet 2017 s'avère mal fondé et doit être rejeté.

**7.3** En vertu de l'art. 61 let. a LPGA, il n'est pas perçu de frais pour la procédure de recours.

**7.4** Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, ni au recourant qui n'obtient pas gain de cause, ni à l'intimée; l'octroi de dépens à un assureur pratiquant l'assurance-accidents obligatoire rendrait le principe de la gratuité illusoire (art. 61 let. a et g LPGA; ATF 127 V 205 c. 3a, 126 V 143).

**Par ces motifs:**

1. Le recours est rejeté.
2. Il n'est pas perçu de frais de procédure, ni alloué de dépens.
3. Le présent jugement est notifié (R):
  - au mandataire du recourant,
  - à l'intimée,
  - à l'Office fédéral de la santé publique,
  - à Philos Assurance Maladie SA, Rue des Cèdres 5, 1920 Martigny.

La présidente:

La greffière:

**Voie de recours**

Dans les 30 jours dès la notification de ses considérants, le présent jugement peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public auprès du Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, au sens des art. 39 ss, 82 ss et 90 ss de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110).