

200.2018.683.LAA
N° AVS
NIG/REN

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

Jugement du 8 avril 2020

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente
P. Schütz et C. Tissot, juges
G. Niederer, greffier

A. _____
représenté par Me B. _____
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 16 août 2018



En fait:

A.

A. _____, né en 1974, marié et père de deux enfants, a travaillé en dernier lieu à 100% en qualité de peintre en bâtiment du 1^{er} octobre 2013 au 31 janvier 2018 (date pour laquelle son employeur a résilié les rapports de travail). Par déclaration de sinistre du 6 novembre 2017, l'employeur de l'assuré a informé la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (Suva) que ce dernier avait subi un accident professionnel le 23 (recte: 25) septembre 2017, à savoir qu'il s'était blessé au dos ainsi qu'à l'épaule et qu'il se trouvait en état d'incapacité de travail depuis lors.

B.

Le 10 novembre 2017, la Suva a demandé des précisions à l'assuré au sujet de l'accident, de même que requis un rapport du médecin d'un centre médical consulté à la suite du sinistre. Après avoir obtenu l'avis d'un radiologue, la Suva a encore sollicité à deux reprises l'avis de son médecin d'arrondissement (au sujet de l'existence d'un diagnostic faisant partie de la liste des lésions corporelles assimilées à un accident, d'une part, ainsi que de la probabilité d'un lien de causalité entre l'événement du 25 septembre 2017 et les troubles persistant à l'épaule gauche, d'autre part), avant d'accorder la prise en charge des suites immédiates de l'accident (traitement médical et indemnités journalières). La Suva a ensuite requis des rapports médicaux de la médecin traitant l'assuré, ainsi que d'un spécialiste en orthopédie. Elle a ensuite pris une nouvelle fois des renseignements auprès du médecin d'arrondissement, avant de mettre un terme à ses prestations avec effet au 14 février 2018, ce par décision du même jour, dans laquelle la Suva a par ailleurs précisé qu'une éventuelle opposition n'aurait pas d'effet suspensif.

C.

L'opposition formée le 15 mars 2018 par l'assuré représenté par un syndicat, puis complétée par un avocat, a été rejetée par décision sur opposition du 16 août 2018, dans laquelle l'effet suspensif à un éventuel recours contre cet acte a été retiré.

D.

Par mémoire du 17 septembre 2018, l'assuré, représenté par un nouveau mandataire professionnel, a porté le litige devant le Tribunal administratif du canton de Berne (TA), en retenant les conclusions suivantes:

- "1. Admettre le recours; partant,
2. Annuler la décision sur opposition de [l'intimée] du 16 août 2018.
3. Ordonner une expertise judiciaire.
4. Subsidiairement, dire que [l'intimée] doit verser au recourant des prestations au-delà du 14 février 2018.
5. Sous suite de frais et dépens."

Dans sa réponse du 16 novembre 2018, l'intimée a conclu au rejet du recours et produit une nouvelle pièce justificative (PJ). Le recourant a quant à lui versé deux nouveaux documents avec sa réplique du 16 janvier 2019, dans laquelle il a encore confirmé ses conclusions. Dupliquant le 8 février 2019, l'intimée a également maintenu ses conclusions. L'avocat du recourant a finalement produit sa note d'honoraires le 5 mars 2019.

En droit:

1.

1.1 La décision sur opposition du 16 août 2018 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et confirme la

décision du 14 février 2018 qui met un terme, à la date du prononcé, à la prise en charge du sinistre par l'assurance-accidents. L'objet du litige porte, sous suite de frais et dépens, sur l'annulation de la décision sur opposition confirmant le terme mis à la responsabilité de l'intimée (conclusion 1 du recours), annulation à comprendre au sens réformatoire du terme, donc impliquant en soi la continuation du devoir de prester de l'assureur-accidents (conclusion 4 du recours). Pour aboutir à ce résultat, le recourant requiert l'organisation d'une expertise judiciaire (réquisition de preuve, conclusion 3). Sont particulièrement litigieuses les questions de la valeur probante du rapport du médecin d'arrondissement du 8 février 2018, de même que de l'absence d'examen sous l'angle des lésions corporelles assimilées à un accident.

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. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1]; 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).

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 loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents [LAA, RS 832.20]). L'assurance-accidents

obligatoire n'alloue des 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). 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 (ATF 140 V 356 c. 3.2; SVR 2018 UV n° 3 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; SVR 2019 IV n° 9 c. 3.1; arrêt du Tribunal fédéral [TF] 8C_781/2017 du 21 septembre 2018 c. 5.1). Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration – 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 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 ou le décès n'est que partiellement imputable à l'accident. Si un accident aggrave ou même révèle une prédisposition malade, l'assureur-accidents peut refuser ses prestations uniquement si l'accident ne représente pas la cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé, à savoir lorsque cette dernière ne procède plus que, et exclusivement, de causes étrangères à

l'accident. Tel est le cas si l'assuré recouvre un état (maladif) de santé soit tel qu'il existait juste avant l'accident (*statu quo ante*), soit tel qu'il serait advenu tôt ou tard, fatalement, en fonction de l'évolution de la prédisposition malade (*statu quo sine*; SVR 2016 UV n° 18 c. 2.1.1; TF 8C_781/2017 du 21 septembre 2018 c. 5.1). De même qu'en ce qui concerne l'existence du lien de causalité naturelle à la base de l'obligation de prestations, la cessation de l'influence causale des origines accidentelles d'une atteinte à la santé doit être établie avec une vraisemblance prépondérante, degré de preuve usuel en droit des assurances sociales. La simple possibilité d'une disparition totale des effets d'un accident ne suffit pas. Comme il s'agit là d'un fait susceptible de supprimer le droit aux prestations, le fardeau de la preuve en incombe – contrairement à la question de l'existence d'un lien de causalité naturelle fondant l'obligation de prêter – non pas à la personne assurée, mais à l'assureur-accidents (SVR 2011 UV n° 4 c. 3.2).

2.4

2.4.1 Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA, l'assurance alloue aussi ses prestations pour les lésions corporelles suivantes, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie: les fractures (let. a), les déboîtements d'articulations (let. b), les déchirures du ménisque (let. c), les déchirures de muscles (let. d), les élongations de muscles (let. e), les déchirures de tendons (let. f), les lésions de ligaments (let. g) et les lésions du tympan (let. h).

2.4.2 Après l'annonce d'une lésion listée à l'art. 6 al. 2 LAA, l'assureur-accidents doit instruire les circonstances précises de sa survenance. Si la lésion figurant dans la liste est due à un accident au sens de l'art. 4 LPG, l'assureur-accidents est tenu de verser des prestations jusqu'à ce que l'accident ne représente plus la cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé, mais que celle-ci est désormais exclusivement imputable à des causes étrangères à l'accident. Si, à l'inverse, les critères définissant la notion d'accident au sens de l'art. 4 LPG ne sont pas remplis, l'assureur-accidents est en principe tenu de verser des prestations pour une lésion listée à l'art. 6 al. 2 LAA dans sa version en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2017, à moins qu'il ne puisse apporter la preuve que la lésion est due de

manière prépondérante à l'usure ou à une maladie (TF 8C_22/2019 du 24 septembre 2019 [destiné à la publication] c. 9.1).

2.4.3 En l'absence d'un lien de causalité naturel entre un événement accidentel au sens de l'art. 4 LPGA et une lésion corporelle d'après l'art. 6 al. 2 LAA, un examen de l'obligation de verser des prestations selon l'art. 6 al. 2 LAA s'avère superflu, en tous les cas aussi longtemps qu'un autre événement initial ne peut être considéré comme étant la cause de la lésion subie (TF 8C_22/2019 du 24 septembre 2019 [destiné à la publication] c. 9.2).

2.5 L'assureur-accidents a la possibilité de mettre fin avec effet *ex nunc* et *pro futuro* à son obligation de prester, qu'il avait initialement reconnue en versant des indemnités journalières et en prenant en charge les frais de traitement, sans devoir se fonder sur un motif de révocation (reconsidération ou révision procédurale). Il peut liquider le cas en alléguant le fait qu'un événement assuré – selon une appréciation correcte de la situation – n'est jamais survenu. Il en va de même en ce qui concerne l'examen de la causalité adéquate entre l'accident assuré et l'atteinte à la santé. Là également, l'assureur-accidents, après avoir pris en charge le traitement médical et versé des indemnités journalières, peut nier la causalité adéquate entre l'accident assuré et l'atteinte à la santé et, sur cette base, mettre fin aux prestations avec effet *ex nunc*. Ce n'est qu'en cas de demande de restitution de prestations que les conditions d'une révocation doivent être observées (cf. ATF 130 V 380 c. 2.3.1).

3.

3.1 Dans la décision sur opposition attaquée, l'intimée a retenu qu'il convenait de reconnaître une pleine valeur probante au rapport du médecin d'arrondissement et, en suivant l'avis de ce dernier, a considéré que les atteintes persistant à l'épaule gauche, de nature dégénérative, ne pouvaient être mises en relation avec l'accident. Elle a tout au plus admis que la survenance de l'événement en question avait aggravé l'état antérieur mais n'avait plus joué de rôle après 12 semaines. Partant, l'intimée a écrit qu'il y avait lieu de conclure, au degré de preuve requis,

que l'accident avait cessé de déployer ses effets au plus tard à partir du 14 février 2018. L'intimée a ajouté qu'il existait des doutes importants s'agissant du déroulement de l'accident rapporté par le recourant, ce dernier n'ayant pas fait mention d'une chute auprès de ses médecins mais uniquement évoqué avoir ressenti des douleurs en soulevant un bidon ou seau de peinture ("Farbkessel"). Or, dans cette hypothèse, selon l'intimée, il n'existerait ni facteur extérieur extraordinaire permettant de qualifier l'événement d'accident ni lésion au sens de la liste de l'art. 6 al. 2 LAA. Dès lors, indépendamment de la question du lien de causalité, l'intimée en conclut que le devoir de prêter devrait de toute manière être nié, ce qui l'amène à rejeter l'opposition formée contre la décision du 14 février 2018.

3.2 Dans son recours, le recourant rappelle tout d'abord qu'il n'a jamais souffert de douleurs à l'épaule gauche, ni éprouvé de problèmes de mobilité à cette articulation avant l'accident, alors qu'il souffre de douleurs constantes depuis lors. Il conteste l'avis de l'intimée, selon lequel ses atteintes au-delà du 14 février 2018 ne présentent aucun lien de causalité avec l'événement et critique en particulier le point de vue du médecin d'arrondissement, lui reprochant de ne pas l'avoir examiné, de ne pas avoir tenu compte de ses plaintes et de s'être fondé sur des éléments incomplets (soit d'avoir omis de prendre en considération le dernier rapport d'un spécialiste en orthopédie du 22 février 2018 et encore d'autres certificats d'incapacité de travail versés au dossier avant la décision sur opposition). En outre, il écrit que les conclusions du médecin d'arrondissement sont insuffisamment motivées et contredites par les autres pièces du dossier. Il demande ainsi qu'une expertise judiciaire soit diligentée. D'autre part, le recourant affirme que l'intimée aurait dû examiner son cas sous l'angle des lésions corporelles assimilées à un accident et déclare à ce propos qu'il n'est pas déterminant qu'une atteinte dégénérative ait joué un rôle important. Il ajoute néanmoins que, de toute manière, il ne souffre pas d'un problème dégénératif, ne parvenant plus à lever totalement le bras, subissant un "déboitement" de l'épaule lorsqu'il appuie dessus, ainsi qu'une incapacité de travail à 100%.

3.3 L'intimée a répondu que le rapport du 22 février 2018 lui était parvenu postérieurement à la décision sur opposition attaquée mais que de

toute façon, il ne permettait pas de remettre en cause le fait que le médecin d'arrondissement se soit fondé sur une anamnèse complète. Elle a aussi écrit que les conclusions de celui-ci se basaient sur les pièces du dossier et a contesté qu'elles soient insuffisamment motivées. L'intimée a également avancé que les avis des autres médecins ne faisaient qu'évoquer des lésions dégénératives ou attester une incapacité de travail sans en préciser la cause et qu'ils ne contredisaient donc pas l'avis du médecin d'arrondissement. Elle s'est en outre fondée sur une appréciation chirurgicale d'un spécialiste en chirurgie attaché à son centre de compétence pour nier la pertinence des conclusions auxquelles aboutissait un rapport du 24 août 2018 qu'un spécialiste en chirurgie orthopédique et en traumatologie nouvellement consulté par le recourant lui avait adressé. Sur cette base, l'intimée a exclu l'hypothèse d'une origine accidentelle tant pour les troubles de l'omoplate que pour l'arthrose, admettant tout au plus une décompensation accidentelle de cette dernière pour une durée de 16 semaines. Elle a donc conclu qu'une expertise judiciaire n'était pas justifiée. Enfin, elle a nié toute prise en charge au titre des lésions corporelles assimilées à un accident, relevant que de telles lésions n'étaient pas documentées.

3.4 Répliquant le 16 janvier 2019, le recourant a critiqué le rapport émanant du spécialiste du centre de compétence de l'intimée (en particulier l'avis selon lequel son atteinte était de nature dégénérative) et produit deux nouvelles pièces médicales, des 21 décembre 2018 et 9 janvier 2019. Il a répété qu'on ne pouvait retenir que le statu quo était intervenu le 14 février 2018, soulignant, au demeurant, que les deux médecins de l'intimée s'étant prononcés sur le dossier se contredisaient au sujet de la durée de récupération du statu quo sine vel ante. Le recourant a déclaré qu'il était indispensable d'ordonner une expertise judiciaire afin de fixer la date du statu quo, ce d'autant plus que son état d'incapacité de travail persistait.

3.5 Dans sa duplique, l'intimée a écrit que le rapport nouvellement produit du 21 décembre 2018 ne faisait que noter une évolution défavorable, sans se prononcer sur l'origine des atteintes (accidentelle/dégénérative), sur leur décompensation liée à l'accident ou sur leur aggravation après le 14 février 2018. Elle a aussi contesté la

pertinence du certificat médical du 9 janvier 2019 et mentionné que même si les évaluations de ses médecins divergeaient quant à la date à laquelle le statu quo sine est intervenu, tous deux concordaient sur le fait qu'il n'y avait plus de lien de causalité le 14 janvier 2018.

4.

A toutes fins utiles, il sied au préalable de mentionner que la décision sur opposition attaquée ne prononce pas la fin de la prise en charge des traitements médicaux ainsi que du versement des indemnités journalières en vue d'un examen du droit à une rente d'invalidité et/ou à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (voir art. 19 al. 1 LAA; ATF 143 V 148 c. 3.1.1, 137 V 199 c. 2.1). Au contraire, il ressort de cet acte que l'intimée a nié son obligation de prêter (donc le droit à toute prestation) au-delà du 14 février 2018, faute de lien de causalité entre les troubles ressentis par le recourant après cette date et l'événement accidentel (voir p. 6 de la décision sur opposition). Cela étant, la question de savoir si l'état de santé du recourant peut encore être amélioré ne joue ici aucun rôle, l'intimée étant fondée à refuser la prise en charge des atteintes qui ne sont pas ou plus en lien de causalité avec un accident, indépendamment de la question de savoir si ces dernières sont stabilisées ou non (voir c. 2.3, 2.4.2 et 2.5).

5.

5.1 En l'espèce, l'intimée a encore reçu un rapport du 24 août 2018 et recueilli un avis d'un spécialiste de son centre de compétence du 7 novembre 2018, tandis que le recourant a, pour sa part, produit deux documents médicaux du 21 décembre 2018, respectivement du 9 janvier 2019. Ces pièces sont postérieures à la décision sur opposition dont la date fixe en principe l'état de fait déterminant pour le jugement (ATF 131 V 242 c. 2.1, 130 V 138 c. 2.1). Les trois premiers rapports précités, bien que postérieurs au prononcé contesté, à mesure qu'ils sont de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision a été rendue (SVR 2008 IV n° 8 c. 3.4) font cependant partie des données médicales déterminantes

à prendre en considération. Le certificat du 9 janvier 2019 ne comporte quant à lui aucune explication et atteste uniquement une incapacité de travail à 100% à partir de cette même date, si bien qu'il doit en revanche être écarté.

5.2 Sur le plan médical, les documents figurant au dossier fournissent les informations suivantes.

5.2.1 Le radiologue d'une clinique privée, consulté par le recourant en raison d'un soupçon de déchirure musculaire après avoir soulevé une charge de 25 kg, a réalisé une IRM de l'épaule gauche le 27 septembre 2017. Il en a commenté les résultats en soulignant qu'il n'y avait pas de signe de rupture de la coiffe des rotateurs ou du muscle trapèze gauche, mais une arthrose sévère de l'articulation acromio-claviculaire. De plus, il a signalé une tendinite du tendon sus-épineux et une bursite discrète.

5.2.2 Le médecin d'arrondissement de l'intimée, un spécialiste en chirurgie, s'est déterminé le 11 décembre 2017. Il a alors mentionné que les altérations décrites dans le rapport d'IRM étaient de nature dégénérative et qu'elles ne correspondaient à aucun des diagnostics listés à l'art. 6 al. 2 LAA (lésions corporelles assimilées). Ce médecin a aussi retenu, le 13 décembre 2017, que le recourant avait subi une contusion de l'épaule gauche ayant provoqué une aggravation temporaire, dont la guérison pouvait être attendue dans les 12 à 16 semaines.

5.2.3 La médecin (généraliste) traitant le recourant a délivré un rapport intermédiaire le 19 décembre 2017. Elle y a posé le diagnostic de tendinite du tendon du muscle sus-épineux, ainsi que de bursite de la bourse sous-deltaïde et sous acromiale. Elle a de plus fait état d'une bonne amélioration avec un traitement de physiothérapie et d'anti-inflammatoires. Cette médecin a encore indiqué qu'elle se prononcerait à propos d'une éventuelle reprise du travail ultérieurement, mais évoqué que cette dernière pourrait probablement intervenir à 50% dès le 15 janvier 2018. Le pronostic a été jugé globalement favorable. Dans un rapport établi à l'intention de l'intimée le 20 décembre 2017, la médecin traitant le recourant a confirmé ses diagnostics, de même que le fait d'avoir été consultée par celui-ci le 26 septembre 2017. Elle a attesté une incapacité de travail à 100% du

29 septembre au 22 décembre 2017 et maintenu qu'une reprise du travail était envisageable à 50% dès le 15 janvier 2018.

5.2.4 Dans sa lettre du 25 janvier 2018 à la généraliste traitante, un spécialiste en orthopédie a retenu le diagnostic de déséquilibre scapulo-thoracique prononcé avec snapping scapula et dyskinésie scapulaire de type 2 selon Kibler, de même que celui d'arthrose traumatique à l'articulation acromio-claviculaire, après un accident de travail le 25 septembre 2017 (en soulevant un seau lourd). Il s'est en particulier déterminé au sujet de l'IRM réalisée le 27 septembre 2017 et a confirmé la présence d'une arthrose prononcée de l'articulation acromio-claviculaire, probablement traumatisée par l'accident. Il a en outre relevé une petite lésion partielle intra-ligamentaire du tendon sus-épineux, soupçonnant aussi une lésion du bord supérieur du tendon sub-scapulaire. Il a recommandé la réalisation d'une radiographie afin d'exclure une exostose cartilagineuse.

5.2.5 Après que le médecin d'arrondissement de l'intimée eut prié cette dernière de clarifier exactement le déroulement de l'accident (voir dossier [dos.] Suva 43), ce médecin a encore signalé, le 6 février 2018, que, selon le rapport du spécialiste en orthopédie du recourant, du 25 janvier 2018, plus aucune suite en lien avec l'accident n'était traitée, si bien que l'intimée devait mettre fin à ses prestations (dos. Suva 45). Le médecin d'arrondissement de l'intimée a confirmé cet avis aux termes d'un écrit du 8 février 2018, dans lequel il a mentionné que l'IRM figurant au dossier ne permettait pas de constater de lésions structurelles en relation avec l'accident mais des altérations dégénératives au niveau de l'articulation de l'épaule, de même qu'une accentuation d'arthrose de l'articulation acromio-claviculaire. Le médecin d'arrondissement a encore expliqué que la dyskinésie scapulaire retenue par l'orthopédiste du recourant constituait une altération réactive qui n'avait rien d'exceptionnel en présence d'une maladie dégénérative de l'épaule. Il a répété que l'examen clinique ne permettait pas de constater de lésion structurelle liée à l'accident. Partant, il a conclu que ce dernier avait le caractère d'une aggravation temporaire et qu'une guérison pouvait être attendue dans les 8 à 12 semaines. Il a finalement retenu que les altérations décrites par la suite étaient

uniquement de nature dégénérative et qu'elles ne pouvaient être attribuées à l'accident.

5.2.6 Le 22 février 2018, le spécialiste en orthopédie du recourant a encore confirmé son précédent diagnostic à l'attention de la généraliste traitante. Il a signalé que le recourant avait entrepris une physiothérapie qui avait conduit à une légère amélioration au niveau des symptômes relatifs à l'omoplate (scapula), de fortes douleurs persistant toutefois. Il a mentionné que la situation était globalement demeurée la même, l'exostose suspectée dans son premier rapport ayant cependant pu être exclue dans l'intervalle (au moyen d'une radiographie du 25 janvier 2018). Ce spécialiste a dès lors recommandé la poursuite de la physiothérapie et la mise en œuvre d'une consultation neurologique. Il a finalement attesté une incapacité de travail à 100%.

5.2.7 Un spécialiste en neurologie a établi un rapport médical le 9 mars 2018. Relevant aussi une arthrose de l'articulation acromio-claviculaire, le neurologue a indiqué qu'une électromyographie avait été effectuée à la même date et que cet examen avait permis de constater que le muscle deltoïde, de même que le muscle dentelé antérieur gauche ne présentaient aucune anomalie. Il a de plus exclu toute lésion nerveuse. Ce spécialiste a dès lors conclu que les douleurs présentées par le recourant étaient liées à une pathologie de l'appareil locomoteur.

5.2.8 Dans une lettre du 24 août 2018 à l'attention de l'orthopédiste soignant le recourant, envoyée en copie à l'intimée, un spécialiste en chirurgie orthopédique et en traumatologie a posé les diagnostics de douleurs résiduelles prononcées de l'articulation acromio-claviculaire en présence d'une fracture initiale connue de l'acromion médial (diagnostic différentiel: fracture ostéophytique en présence d'un os acromial et traumatisme d'impact initial direct) le 25 septembre 2017, de déséquilibre fonctionnel scapulo-thoracique avec snapping scapula reproductible en présence, selon l'anamnèse, d'une chute le 25 septembre 2017 et après une contusion directe sur le côté gauche du thorax, de même que d'arthropathie connue de l'articulation acromio-claviculaire. Le spécialiste a notamment écrit que l'IRM du 27 septembre 2017 illustre un œdème important de la moelle osseuse de la clavicule latérale, de légères

altérations kystiques (arthrose) et un fragment sur l'acromion médial laissant fortement soupçonner une protrusion de fracture. Il a aussi indiqué que l'IRM du 25 janvier 2018 démontrait que ce fragment était ossifié (arrondi avec les altérations dégénératives de l'articulation acromio-claviculaire), précisant que la situation était particulièrement complexe et recommandant une expertise interdisciplinaire.

5.2.9 Dans un avis joint à la réponse au recours, un médecin du centre de compétence de l'intimée, spécialisé en chirurgie, notamment traumatologique et viscérale, a expliqué que si le recourant avait subi une contusion considérable de l'épaule gauche, des hématomes ou des œdèmes tissulaires seraient visibles à l'IRM, alors que l'imagerie du 27 septembre 2017 ne permettait pas de constater de tels éléments. Ce médecin a aussi relevé que celle-ci n'illustre aucune lésion structurelle susceptible d'être d'origine accidentelle. Il a ainsi exclu que l'accident ait été de nature à provoquer une contusion ayant pu entraîner une fracture de l'acromion. Il a en revanche confirmé la présence d'une arthrose importante de l'articulation acromio-claviculaire. Ce spécialiste a encore déclaré qu'aucune fracture n'était visible mais plutôt un os acromial, excluant cependant que les douleurs ressenties après l'accident proviennent de cette anomalie ou d'un traumatisme de celle-ci. Il a en revanche expliqué que les douleurs et limitations arthrosiques, de nature fluctuante, ont pu être activées temporairement par l'événement de septembre 2017. Enfin, il a souligné que le diagnostic de snapping scapula avait été posé seulement 4 mois après l'accident et que les radiographies ne montraient pas non plus d'altérations au niveau du bord médial de la scapula, de sorte qu'il fallait nier que ce diagnostic présente un lien avec l'événement du 25 septembre 2017. Il a dès lors confirmé les conclusions du médecin d'arrondissement, du 7 février 2018.

5.2.10 Un spécialiste en chirurgie orthopédique consulté pour un troisième avis a établi un rapport le 21 décembre 2018 pour la généraliste traitante. Il y a posé les diagnostics d'arthrose activée de l'articulation acromio-claviculaire à gauche avec soupçon de fracture d'un ostéophyte de l'articulation acromio-claviculaire, petite lésion partielle intra-tendineuse du tendon sus-épineux et snapping scapula secondaire avec dyskinésie

scapulaire et bursite à l'angle supérieur de la scapula. Ce spécialiste a résumé les diverses versions de l'événement du 25 septembre 2017 décrites dans les documents médicaux à sa disposition et admis l'existence d'une chute due au mouvement ou à une perte de connaissance du fait de la douleur. Il a également examiné l'IRM du 27 septembre 2017 et retenu qu'elle démontrait une petite lésion partielle intra-tendineuse du tendon sus-épineux, une arthrose massive et activée de l'articulation acromio-claviculaire, de même qu'une possible fracture d'un ostéophyte. Il a qualifié l'évolution douloureuse de problématique et défavorable, estimant que la priorité devait être donnée à l'articulation acromio-claviculaire et recommandant des infiltrations, une résection de la clavicule et la poursuite de la physiothérapie, ce qui avait déjà été proposé mais que le patient n'avait pas compris vu l'obstacle linguistique.

6.

6.1 A titre liminaire, il faut relever que la description du déroulement de l'accident diffère selon les différentes pièces du dossier, comme l'a aussi évoqué l'intimée. Néanmoins, en dépit de ce constat, de certains doutes de l'employeur (dos. Suva 13 et 28) et malgré que le sinistre lui a été communiqué 3 semaines plus tard (dos. Suva 11 s.), l'intimée l'a pris en charge en tant qu'accident, même si, dans la décision sur opposition (voir p. 6), elle a remis en question la survenance d'un tel événement.

6.2 En l'occurrence, selon la déclaration de sinistre du 6 novembre 2017, l'employeur du recourant a informé que ce dernier avait subi un accident le 23 septembre 2017, soit qu'il s'était blessé au haut du corps (dos/épaule) en travaillant sur un chantier ("Baustelle"). Il a fait mention d'une déchirure à l'épaule. Le 8 novembre 2017, l'épouse du recourant a contacté l'intimée pour lui signifier que l'accident avait eu lieu le 25 septembre 2017, mentionnant aussi une déchirure à l'épaule et évoquant que le recourant avait transporté du matériel depuis une camionnette, était tombé et s'était blessé au bras et à l'épaule (dos. Suva 2). Dans un formulaire du 13 novembre 2017, le recourant a précisé qu'il était en train de décharger un seau de peinture depuis la surface de

chargement d'une camionnette, lorsqu'il a glissé et est tombé au sol, sur son épaule gauche. Il a déclaré avoir immédiatement ressenti des douleurs et être allé consulter le 26 septembre. Cependant, dans son rapport du lendemain, le radiologue a expliqué que le recourant avait senti une déchirure musculaire après avoir porté une charge de la main gauche. Le médecin traitant le recourant a confirmé ce déroulement le 20 décembre 2017, en indiquant que l'intéressé avait levé un seau avec le bras gauche et souffert de douleurs à l'épaule depuis lors. Le chirurgien orthopédique a ajouté, le 25 janvier 2018, que le recourant avait entendu un bruit de déchirure à l'épaule. Dans son écrit du 9 mars 2018, le neurologue a quant à lui rapporté de fortes douleurs à l'épaule gauche, une perte de conscience et une chute au sol sur cette épaule. Enfin, le 24 août 2018, le spécialiste en chirurgie orthopédique et en traumatologie a mentionné que le recourant avait subi un traumatisme en portant deux seaux et qu'il était tombé en arrière sur une tige métallique.

6.3 Cela étant, puisque l'employeur du recourant a précisé qu'il n'avait été informé de l'accident que tardivement et qu'on lui avait alors uniquement communiqué que son employé s'était blessé à l'épaule durant le travail (dos. Suva 12/1), on ne saurait remettre en question que le recourant s'est blessé lors d'une chute, au motif que ce fait n'a pas été mentionné dans la déclaration de sinistre. Pour la même raison, on ne saurait non plus contester que l'accident s'est bien déroulé le 25 septembre 2017 et non le 23 septembre 2017, comme indiqué sur la déclaration précitée, l'épouse du recourant ayant rapidement informé l'intimée de cette erreur. Cela vaut d'autant plus que l'épouse du recourant a évoqué une chute et ce seulement 2 jours après l'annonce. De plus, le recourant l'a aussi signalé dans le formulaire qu'il a rempli le 13 novembre 2017. Certes, les explications des médecins, en tout cas prises individuellement, ne permettent pas de confirmer ce déroulement. Toutefois, celles-ci ne se contredisent pas pour autant. Il apparaît plutôt que les faits qui y sont décrits ne sont en réalité pas complets. Il faut aussi prendre en considération que dans son écrit du 21 décembre 2018, le dernier spécialiste en chirurgie orthopédique qui s'est exprimé à propos de ces divergences a insisté sur le fait que le recourant parlait l'italien et peu le français, si bien que l'anamnèse avait été compliquée à établir (PJ 5 du

recours; voir aussi dos. Suva 55, s'agissant de l'épouse du recourant). Dans ces circonstances, on peut ainsi retenir, sur la base de l'ensemble des rapports précités et à un degré de vraisemblance prépondérante, que le recourant, en déchargeant un ou deux bidons/seaux de peinture d'une camionnette, a éprouvé une douleur dans l'épaule gauche et est également tombé sur cette épaule.

7.

Pour prononcer la décision sur opposition litigieuse, l'intimée s'est basée sur le rapport de son médecin d'arrondissement, du 8 février 2018. Il convient d'en examiner le caractère probant.

7.1

7.1.1 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).

7.1.2 La valeur probante d'un rapport médical dépend du fait que les points litigieux 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).

7.1.3 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. Il en va de même lorsqu'un médecin est appelé de façon répétée à effectuer des expertises pour le compte d'une assurance (SVR 2008 IV n° 22 c. 2.4). Il faut bien plus des circonstances propres qui laissent apparaître un doute objectif quant à l'impartialité. Eu égard à l'importance considérable qu'un tel rapport médical a en matière de droit des assurances sociales, il convient de poser des exigences sévères s'agissant de l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 c. 3b/ee).

7.2 En l'espèce, le rapport du médecin d'arrondissement de l'intimée, du 8 février 2018, a été établi en pleine connaissance des écrits de la médecin traitant le recourant (des 19 et 20 décembre 2017), du radiologue consulté (du 27 septembre 2017, sur lequel le médecin d'arrondissement s'était du reste déjà déterminé les 11 et 13 décembre 2017), de même que du spécialiste en orthopédie (du 25 janvier 2018). Aussi, sur la base de ces éléments, le médecin de l'intimée était en mesure de se faire une image complète et exhaustive de la situation médicale, de même que de l'apprécier, sans qu'il ne lui soit besoin de procéder à un examen personnel du recourant (RAMA 2006 p. 170 c. 3.4, 1988 p. 366 c. 5b) contrairement à ce que soutient le recourant (voir p. 5 du recours). Toutefois, alors que le premier orthopédiste avait conseillé des examens complémentaires (une radiographie et un examen neurologique), l'intimée a rendu la décision sur opposition querellée sans consulter le médecin d'arrondissement à propos du rapport de suivi établi dans l'intervalle par ce spécialiste, le 22 février 2018, joint à l'opposition. Seul l'avis du neurologue, du 9 mars 2018, a en effet été discuté dans la décision sur opposition entreprise. Quoi qu'il en soit, à mesure qu'il ressort de l'écrit du 22 février 2018 que l'exostose cartilagineuse suspectée (de toute façon pas accidentelle) a pu être exclue et que le neurologue n'a pas constaté d'atteinte relevant de sa discipline médicale, on ne saurait remettre en cause les conclusions antérieures du médecin d'arrondissement, motif pris que celui-ci ne s'est pas prononcé sur

ce rapport. Quant à l'avis du spécialiste en chirurgie orthopédique et en traumatologie, du 24 août 2018, reçu le 20 septembre 2018 par l'intimée (dos. Suva 103), il a été examiné en détail par le chirurgien attaché au centre de compétence de l'intimée (p. 1 et 6 du rapport du 7 novembre 2018). Or, ce dernier a confirmé de manière convaincante l'avis du médecin d'arrondissement. C'est en effet de manière probante (et en se fondant surtout sur les constats médicaux qui ont immédiatement fait suite à l'accident, en particulier sur les résultats de l'IRM du 27 septembre 2017) qu'il a expliqué que si le recourant avait effectivement subi une contusion considérable de l'épaule gauche ou de l'articulation acromio-claviculaire (comme évoqué le 24 août 2018 par le deuxième spécialiste en chirurgie orthopédique et en traumatologie consulté par l'assuré), des hématomes ou œdèmes seraient objectivables à l'IRM. Or, le chirurgien du centre de compétence de l'intimée a précisé qu'il n'avait pas constaté de telles atteintes mais une arthrose très avancée, ainsi que des fragments osseux, des irrégularités des surfaces articulaires, des kystes osseux, de même qu'un épanchement articulaire (Idem, p. 4). Il a encore ajouté que, contrairement au nouveau spécialiste consulté par l'assuré, le radiologue n'avait pas non plus constaté d'œdème. C'est également de façon concluante qu'il a infirmé la conclusion du spécialiste en chirurgie orthopédique et en traumatologie, d'après qui la contusion avait engendré une fracture de l'acromion. A cet égard, il a en effet mentionné que l'IRM ne mettait pas en relief de lésion structurelle susceptible d'être d'origine accidentelle. Il a de plus relaté, en se référant à la doctrine médicale, qu'une telle fracture supposait un traumatisme causé à une vitesse vertigineuse et qu'elle s'accompagnait toujours d'un hématome dans les parties molles environnantes (Idem, p. 5). Ce médecin a aussi indiqué de manière compréhensible que la fracture observée par le spécialiste précité était un os acromial (étant rappelé que le spécialiste précité avait évoqué cette possibilité, mentionnant un os acromial dans son diagnostic différentiel, voir c. 5.8). Il a en effet souligné que les éléments sur lesquels le spécialiste en chirurgie orthopédique et en traumatologie s'était basé pour défendre qu'il s'agissait d'une fracture (et qui étaient d'après lui mis en évidence par l'examen tomodensitométrique du 25 janvier 2018), étaient déjà visibles sur l'IRM du 27 septembre 2017 (Idem, p. 6). A ce sujet, il a encore précisé, en reproduisant les clichés concernés, qu'une comparaison

des images du 27 septembre 2017 avec celles du 25 janvier 2018 ne permettait pas de démontrer une modification décisive du bilan (Idem, p. 8), relevant encore qu'à lui seul, un os acromial était rarement l'unique cause de douleurs à l'épaule et qu'aucune instabilité de cet os n'était de toute manière décrite (Idem, p. 8). De même, ce médecin a exprimé de manière cohérente que les troubles présentés par le recourant devaient être mis en relation avec l'arthrose avancée constatée à l'imagerie, soit en précisant notamment que cette problématique pouvait être activée par un traumatisme. De surcroît, c'est de façon tout aussi convaincante qu'il a conclu que cette activation n'avait été que temporaire, dès lors que le spécialiste en chirurgie orthopédique et en traumatologie avait documenté une bonne mobilité de l'épaule dans son rapport du 25 janvier 2018 (4 mois après l'accident). Finalement, le chirurgien du centre de compétence de l'intimée s'est déterminé de façon concluante au sujet de la dyskinésie et du snapping scapulaire (évoqués par le spécialiste précité et par le spécialiste en orthopédie), en avançant que ces troubles avaient été mentionnés pour la première fois quatre mois après l'accident et que le spécialiste en orthopédie les avait admis en raison de la présence d'altérations anatomiques au niveau du bord médial de la scapula. Le spécialiste du centre de compétence de l'intimée a toutefois répété qu'il n'avait pas constaté de lésion structurelle liée à l'accident. Dès lors, au vu de ce qui précède, il convient de reconnaître que les conclusions de ce médecin sont cohérentes, convaincantes et exemptes de toute contradiction. Par conséquent, dans la mesure où elles confirment celles prises le 8 février 2018 par le médecin d'arrondissement de l'intimée, il sied d'accorder une pleine valeur probante à cet écrit. Cela vaut également au regard du rapport du 21 décembre 2018 du troisième spécialiste en orthopédie consulté par le recourant, produit avec la réplique, dans la mesure où celui-ci n'a apporté aucun élément qui n'a pas été pris en considération par le spécialiste de l'intimée. Cela vaut d'autant plus que l'auteur de ce document n'a pas confirmé la présence d'une fracture, ne faisant que soupçonner une telle atteinte, mais a en revanche insisté sur la priorité à accorder à l'arthrose massive activée.

7.3 Ce faisant, l'intimée était en droit d'admettre, en se basant sur l'avis probant de son médecin d'arrondissement, que l'événement du

25 septembre 2017 avait aggravé de manière passagère un état dégénératif antérieur (predisposition) et qu'il a cessé de déployer ses effets après 12 semaines. Le fait que le médecin d'arrondissement, dans sa première appréciation, puis le spécialiste du centre de compétence aient arrêté cette échéance à 16 semaines (comme souligné par le recourant dans sa réplique) ne joue d'ailleurs aucun rôle, cette durée étant de toute manière dépassée le 14 février 2018, soit à la date de l'arrêt des prestations (voir à ce sujet: c. 2.6 et TF 8C_22/2019 du 24 septembre 2019 c. 3, 8C_155/2012 du 9 janvier 2013 c. 6.1). Partant, c'est à juste titre que l'intimée a nié tout lien de causalité entre l'accident du 25 septembre 2017 et les troubles encore ressentis par le recourant au-delà du 14 février 2018, à un degré de vraisemblance prépondérante. L'avis du recourant, selon lequel un lien de causalité doit continuer d'être reconnu du fait qu'il ne présentait aucune douleur ni aucun problème de mobilité de l'épaule gauche avant l'accident (voir p. 5, ch. 5.2 du recours), ne peut en particulier être suivi. Le seul fait que des symptômes douloureux ne se soient manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec celui-ci (raisonnement "post hoc, ergo propter hoc" pas déterminant: ATF 119 V 335 c. 2b/bb; SVR 2016 UV n° 24 c. 7.2). L'intimée a suffisamment instruit les faits ici déterminants desquels dépend le prononcé sur la prétention litigieuse. Il s'ensuit que la mise en œuvre d'une expertise n'est pas justifiée (ATF 117 V 282 c. 4a; VSI 1994 p. 218 c. 4b). Cette réquisition de preuve du recourant (voir p. 6 du recours et p. 2, ch. 3 de la réplique) doit donc être rejetée.

8.

8.1 Reste finalement à examiner si, comme le prétend le recourant (voir p. 6 ss du recours), l'intimée devait se prononcer sous l'angle de l'art. 6 al. 2 LAA, qui régit les lésions corporelles assimilées à un accident. C'est le lieu de préciser d'emblée que le recourant motive ce grief à l'aune de l'ancien droit (voir aussi p. 6, ch. 2.4 de la décision sur opposition), comme également relevé par l'intimée (voir p. 4, ch. 11 de la réponse). En effet, au 1^{er} janvier 2017 sont entrées en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA et la modification du 9 novembre 2016 de l'OLAA.

L'accident s'étant déroulé le 25 septembre 2017, le nouveau droit est donc applicable (voir TF 8C_22/2019 du 24 septembre 2019 c. 2.3 et 6, de même que l'al. 1 des dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015, a contrario).

8.2 En l'espèce, selon le TF (voir c. 2.4.2), pour l'ensemble des lésions provoquées par un accident au sens de l'art. 4 LPGA, y compris celles figurant dans la liste prévue à l'art. 6 al. 2 LAA (ce qu'a du reste admis le recourant, voir p. 7, ch. 6.1 du recours), le devoir de prêter de l'assureur-accidents prend fin lorsqu'il peut être admis (au degré de la vraisemblance prépondérante) que le statu quo sine ou ante a été atteint (voir c. 2.4.2), la preuve de cette circonstance devant être apportée par l'assureur-accidents (voir c. 2.3 in fine). En outre, s'agissant de lésions énumérées à l'art. 6 al. 2 LAA qui surviennent en l'absence d'un accident au sens légal, l'assureur-accidents n'est pas tenu à prestations s'il établit que des troubles dégénératifs sont à la base de l'atteinte persistante pour plus de 50% (voir TF 8C_22/2019 du 24 septembre 2019 c. 8.6). Dans le cas présent toutefois et comme évoqué, l'intimée a admis qu'un accident était survenu mais a établi, à un degré de vraisemblance prépondérante, que celui-ci ne se trouvait plus en lien de causalité avec les troubles présentés par le recourant au-delà du 14 février 2018. Autrement dit, l'intimée a démontré à suffisance de droit qu'au-delà de cette date, l'accident ne constituait même plus une cause partielle de l'atteinte persistante. Partant, il n'y a dès lors plus de place pour une analyse fondée sur l'art. 6 al. 2 LAA car la part des facteurs étrangers à l'accident serait de toute manière supérieure à 50%. Cela étant, on peut faire l'économie de trancher le point de savoir si une lésion faisant partie de la liste précitée a été diagnostiquée (la décision sur opposition, qui n'a cependant pas été rédigée en tenant compte de tous les documents médicaux, nie en effet la présence d'une telle lésion). C'est de toute manière à tort que le recourant reproche à l'intimée de ne pas s'être prononcée à l'aune de l'art. 6 al. 2 LAA.

9.

Dès lors, au vu de tout ce qui précède, le recours doit être rejeté.

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

9.2 Il n'y a 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 en effet le principe de la gratuité illusoire (art. 61 let. a et g LPGA; ATF 127 V 205 c. 3a, 126 V 143). Aussi, s'agissant du recourant, le fait que l'intimée ne se soit prononcée sur le rapport du spécialiste en orthopédie, du 22 février 2018, qu'au stade de sa réponse, ne justifie pas non plus d'allouer des dépens. En effet, comme évoqué, ce document se borne à prendre acte de l'absence de trouble neurologique et d'exclure un diagnostic hypothétique sans influence sur la question de la causalité. Dans sa réplique, le recourant n'a d'ailleurs pas pris position quant aux arguments amenés par l'intimée au sujet de ce rapport. Il s'est limité à contester les conclusions du spécialiste du centre de compétence de l'intimée en renvoyant à deux nouvelles pièces médicales. Cela étant, on ne saurait admettre que la décision sur opposition a été prononcée sur la base d'une instruction insuffisante, soit en violation du devoir d'instruction (voir art. 43 al. 1 LPGA). Partant, aucune circonstance ne justifie une répartition différente des dépens (au sens de l'art. 108 al. 3 LPJA).

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 Visana, Leistungszentrum Bern-Mittelland,
Laubeggstrasse 68, 3000 Bern,
 - à l'Office fédéral de la santé publique.

La présidente:

Le greffier:

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).

Avertissement: Pour une éventuelle suspension du délai de recours, voir également l'Ordonnance du Conseil fédéral suisse du 20 mars 2020 sur la suspension des délais dans les procédures civiles et administratives pour assurer le maintien de la justice en lien avec le coronavirus (COVID-19, RS 173.110.4).