

**200.2023.446.LAA**

N° de sinistre

N° AVS

BOR/EGC

## **Tribunal administratif du canton de Berne**

Cour des affaires de langue française

### **Jugement du 16 mai 2024**

Droit des assurances sociales

C. Tissot, président

A.-F. Boillat et G. Zücher, juges

D. Borel, greffier

**A.** \_\_\_\_\_  
représenté par Me B. \_\_\_\_\_  
recourant

contre

#### **Suva**

Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents

Fluhmattstrasse 1, case postale, 6002 Lucerne

représentée par Me C. \_\_\_\_\_

intimée

relatif à une décision sur opposition de cette dernière du 11 mai 2023



**En fait:**

**A.**

A. \_\_\_\_\_, né en 1964, a travaillé en dernier lieu en qualité d'opérateur CNC (*Computer Numerical Control*), avant de percevoir des indemnités journalières de l'assurance-chômage depuis le 7 février 2019. Par une déclaration de sinistre du 28 février 2019, la Caisse de chômage de l'intéressé a annoncé à son assureur-accidents, la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (Suva), que le 24 février 2019, l'assuré avait subi une contusion de l'épaule droite en chutant sur celle-ci alors qu'il descendait des escaliers. Une incapacité de travail totale a été attestée du 25 février au 30 septembre 2019. La Suva a pris en charge le cas (frais de traitement et indemnités journalières) jusqu'à cette dernière date. Par l'intermédiaire de son médecin traitant, l'assuré a signalé à la Suva que le 22 mai 2022, il avait subi une nouvelle contusion de l'épaule droite en chutant à vélo. Une incapacité de travail a alors été attestée dès le 23 mai 2022. Par décision sur opposition entrée en force du 11 octobre 2022, la Suva a mis un terme, pour le 8 septembre 2022, aux prestations versées ensuite de l'événement de mai 2022. En parallèle, l'assuré s'est annoncé à plusieurs reprises à l'assurance-invalidité, la dernière fois le 12 juin 2020.

**B.**

Le 16 septembre 2022, la Caisse de chômage de l'intéressé a annoncé à la Suva une rechute des accidents des 24 février 2019 et 22 mai 2022. Après avoir recueilli deux rapports médicaux auprès du chirurgien orthopédiste traitant, puis soumis le cas à son service médical, la Suva, par décision du 7 mars 2023, a constaté que les troubles scapulaires persistants de l'assuré n'avaient plus de lien avec l'accident de février 2019 et a indiqué "mettre fin aux prestations d'assurance [au] 7 septembre 2022" (*sic*), c'est-à-dire antérieurement à la rechute alléguée. En dépit de l'opposition formée le 3 avril 2023 par l'assuré, représenté par un avocat, la Suva a confirmé le prononcé précité, par décision sur opposition du 11 mai 2023.

## **C.**

Par acte du 9 juin 2023, l'assuré, par son mandataire, porte le litige devant le Tribunal administratif du canton de Berne (ci-après: le Tribunal administratif). Sous suite de frais et dépens, il demande, outre l'assistance judiciaire, l'annulation de la décision sur opposition de la Suva du 11 mai 2023 et l'octroi de prestations de l'assurance-accidents "au-delà du 7 septembre 2022", subsidiairement le renvoi de la cause à la Suva pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Dans sa réponse du 27 juillet 2023, la Suva, également représentée par un conseil, conclut au rejet du recours. Le mandataire de l'assuré a produit une note d'honoraires le 10 août 2023.

### **En droit:**

#### **1.**

**1.1** La décision sur opposition du 11 mai 2023 représente l'objet de la contestation. Elle ressortit au droit des assurances sociales et confirme le refus de toute prestation d'assurance pour la rechute annoncée le 16 septembre 2022. A cet égard, on précisera que la mention, figurant dans la décision sur opposition précitée (p. 7), selon laquelle "la Suva était fondée à mettre fin aux prestations au 8 septembre 2022 [...]" se rapporte au prononcé entré en force du 11 octobre 2022, lequel ne fait toutefois pas l'objet de la présente procédure. L'objet du litige ne porte ainsi que sur l'annulation de la décision sur opposition du 11 mai 2023 et sur le droit de l'assuré à des prestations de l'assurance-accidents en lien avec la rechute annoncée le 16 septembre 2022.

**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], par renvoi de l'art. 1 al. 1 de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents [LAA, RS 832.20]; 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 Tribunal administratif 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 Tribunal administratif examine librement la cause 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 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).

**2.2** 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 148 V 356 c. 3 et les références). 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 147 V 161 c. 3.2). 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). Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle et adéquate du dommage, c'est-à-dire lorsque celui-ci résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui existerait même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). Au contraire, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par celui-ci (ATF 147 V 161 c. 3.3).

**2.3** Les prestations d'assurance sont également versées, en règle générale (sous réserve de la réalisation des conditions posées à l'art. 21 LAA), en cas de rechutes et séquelles tardives (art. 11 de l'ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents [OLAA, RS 832.202]). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même maladie qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une affection apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui peuvent conduire à un état pathologique différent (ATF 144 V 245 c. 6.1, 118 V 293 c. 2c; SVR 2019 UV n° 27 c. 4.1). En cas de rechutes ou de séquelles

tardives, une obligation de prester de l'assureur-accidents n'existe au sens de l'art. 11 OLAA que si les troubles nouvellement allégués et les atteintes à la santé subies lors de l'accident assuré se trouvent dans une relation de causalité naturelle et adéquate. Une obligation de prestation dans l'hypothèse d'une rechute ou de séquelles tardives ne découle pas du seul fait qu'un lien de causalité avait été reconnu dans le cas antérieur de base ou lors d'une rechute précédente (ATF 118 V 293 c. 2c; RAMA 1994 p. 326 c. 2 et 3b; SVR 2016 UV n° 15 c. 3.2 et n° 18 c. 2.1.2). En présence de rechutes ou de séquelles tardives, il incombe à la personne assurée d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre la nouvelle atteinte et l'accident. A cet égard, la jurisprudence considère que plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères. Faute de preuve, le jugement est rendu au détriment de la personne assurée (SVR 2019 UV n° 27 c. 4.2, 2016 UV n° 18 c. 2.2.2; TF 8C\_61/2016 du 19 décembre 2016 c. 3.2).

**2.4** 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).

### **3.**

**3.1** Dans sa décision sur opposition, l'intimée, sur la base de l'avis de son service médical, a nié toute obligation de prester en lien avec les troubles de l'épaule droite invoqués au titre d'une rechute dès septembre 2022. Elle a considéré que ceux-ci n'étaient pas, au degré de la vraisemblance prépondérante, en lien de causalité avec l'événement du 24 février 2019.

**3.2** S'appuyant sur deux rapports établis par son médecin traitant, le recourant soutient pour sa part que les problèmes d'épaule droite pour lesquels il a annoncé une rechute sont en lien de causalité avec l'événement du 24 février 2019. A cet égard, il conteste tout état dégénératif préexistant et souligne n'avoir souffert d'aucun trouble scapulaire jusqu'à l'accident en cause. Le recourant ajoute que le service médical de l'intimée a lui-même jugé "possible" une relation causale entre l'accident et la rechute annoncée. Enfin, il déplore que l'intimée ait statué sur la question du lien de causalité sans diligenter d'expertise, alors même que sa situation était particulièrement complexe.

#### **4.**

**4.1** Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 c. 4.3.1). En l'espèce, même si le certificat du médecin généraliste traitant du 1<sup>er</sup> juin 2023, produit par le recourant devant le Tribunal administratif (PJ 3), est postérieur à la décision sur opposition attaquée, il doit être pris en considération au cas particulier. En effet, dès lors qu'il a été versé à la procédure dans le but d'étayer l'argument selon lequel les problèmes scapulaires de l'intéressé résulteraient de l'accident du 24 février 2019 (voir p. 4 du recours), ce document est étroitement lié à l'objet du litige et potentiellement de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision a été rendue (SVR 2008 IV n° 8 c. 3.4). Partant, ce rapport sera résumé ci-après. Cela étant précisé, il ressort du dossier les principaux éléments médicaux suivants.

**4.2** A l'issue d'une radiographie de l'épaule droite, une radiologue a notamment constaté une absence de fracture le 27 février 2019, c'est-à-dire trois jours après la chute annoncée (dossier intimée [dos. int.] 14/1). Dans un écrit du 13 mars 2019, le médecin généraliste traitant de l'assuré a indiqué avoir dispensé les premiers soins le 26 février 2019. Il a retenu le diagnostic de "contusion simple", après avoir relevé la présence

d'un hématome et de douleurs acromio-claviculaires. Il a en outre attesté d'une totale incapacité de travail dès le 25 février 2019 (dos. int. 6/1 et 7/1). Dans un bilan du 26 avril 2019, consécutif à une imagerie par résonance magnétique (IRM) réalisée trois jours plus tôt, la radiologue a fait état d'une disjonction acromio-claviculaire de stade II avec déchirure du ligament acromio-claviculaire, d'un œdème osseux des extrémités distales de la clavicule et de l'acromion, ainsi que d'un discret œdème (sans déchirure) des ligaments coraco-claviculaires (dos. int. 13/1).

**4.3** Mandaté par la Suva aux fins d'examiner l'assuré, un spécialiste en chirurgie orthopédique a retenu, dans un rapport du 17 juin 2019, le diagnostic de luxation acromio-claviculaire de l'épaule droite (stade II). Après avoir constaté une légère ascension de la partie distale de la clavicule, sans instabilité, ainsi que la persistance d'une modeste limitation de la mobilité scapulaire (liée aux douleurs de l'articulation acromio-claviculaire), ce médecin est parvenu à la conclusion que l'assuré devait être en mesure de reprendre le travail à plein temps dès le 1<sup>er</sup> août 2019. Sous réserve de séance de physiothérapie, il n'a formulé aucune proposition d'ordre thérapeutique. Il a néanmoins précisé qu'en présence d'une subluxation arthromio-claviculaire, on ne pouvait exclure le développement à terme d'une arthrose post-traumatique. Le cas échéant, une intervention chirurgicale devrait être envisagée (dos. int. 22/1).

**4.4** Dans un rapport du 19 août 2019 émanant d'un hôpital régional, un spécialiste en chirurgie orthopédique a indiqué que l'IRM du 23 avril 2019 (voir c. 4.2 ci-dessus) montrait une arthropathie acromio-claviculaire, ainsi que des signes de conflit sous-acromial, entraînant une tendinopathie du sus-épineux. Il a précisé que son examen clinique avait mis en évidence une mobilité active complète, mais avec une augmentation des douleurs lors de certains mouvements. Il a certifié une totale incapacité de travail jusqu'au 18 septembre 2019 (dos. int. 37/1). Dans un avis médical du 30 août 2019, un médecin de la division médecine des assurances de la Suva, spécialiste en médecine interne et en médecine intensive, a exposé que l'incapacité de travail attestée jusqu'à fin septembre 2019 lui paraissait justifiée (dos. int. 38/1). Le 18 septembre 2019, un chirurgien orthopédiste exerçant en milieu hospitalier a fait état d'une évolution favorable sous

traitement conservateur. Il a attesté que, dès le 1<sup>er</sup> octobre 2019, l'assuré serait apte à poursuivre des mesures de réadaptation professionnelle auprès de l'assurance-invalidité (dos. int. 43/1).

**4.5** Dans un rapport du 22 juin 2022, le médecin généraliste traitant a évoqué une nouvelle contusion de l'épaule droite subie par l'assuré le 22 mai 2022, lors d'une chute à vélo. Il a joint le bilan d'une IRM effectuée le 27 mai 2022, dans lequel une radiologue indiquait avoir constaté une arthropathie acromio-claviculaire (associée à une bursite et à un épaississement du ligament acromio-coracoïdien), une déchirure du labrum antéro-supérieur, une légère tendinopathie du supra et de l'infra-épineux (sans déchirure), ainsi qu'un petit épanchement au niveau du long biceps (dos. int. 59/4 et 59/6).

**4.6** Invité à transmettre un rapport en vue de compléter la déclaration de rechute du 16 septembre 2022, un spécialiste en chirurgie orthopédique pratiquant au sein d'un hôpital régional a évoqué, le 1<sup>er</sup> novembre 2022, une chute le 17 février 2020, avec douleurs du genou gauche et de l'épaule droite. Après avoir fait état d'un conflit sous-acromial et de lésions du labrum antéro-supérieur, il a suggéré une intervention chirurgicale (dos. int. 77/1). Interpellé une nouvelle fois, notamment au sujet d'une éventuelle consultation qui aurait eu lieu en septembre ou octobre 2022, ce médecin a complété un nouveau rapport le 6 décembre 2022, dans lequel il a retenu, sur la base d'un arthroscanner effectué en septembre 2022, les diagnostics de fissure partielle du tendon supra-épineux, de lésion "SLAP" du labrum supérieur de type II, ainsi que d'acromion de type III. Il a enfin renouvelé sa proposition d'intervention chirurgicale (dos. int. 87/1).

**4.7** Interpellé au sujet d'un éventuel lien de causalité entre l'accident de février 2019 et les troubles annoncés dès le mois de septembre 2022, un médecin de la division médecine des assurances de la Suva, spécialiste en médecine interne (ci-après: le médecin-conseil), a répondu, dans un avis médical du 23 décembre 2022, qu'un tel lien était "tout au plus possible". A cet égard, il a notamment exposé que l'événement en cause n'avait engendré aucune lésion structurelle persistante de l'épaule droite. Les symptômes dont l'assuré continuait de se plaindre devaient être attribués à un état dégénératif antérieur sans lien avec l'accident, plus particulièrement

à une arthrose acromio-claviculaire associée à un conflit sous-acromial, propre à favoriser des tendinopathies de la coiffe des rotateurs (dos. int. 92/1).

**4.8** En janvier 2023, la Suva a reçu le bilan d'un arthroscanner réalisé le 19 septembre 2022, confirmant les lésions évoquées dans le rapport du spécialiste en chirurgie orthopédique du 6 décembre 2022 (voir c. 4.6 ci-dessus; dos. int. 100/3).

**4.9** Dans un certificat du 14 février 2023, le médecin généraliste traitant a suggéré la mise en œuvre d'une expertise orthopédique, après avoir rappelé que son patient présentait une discopathie cervicale ainsi que des problèmes scapulaires nécessitant une future opération (dos. int. 102/2). Dans un écrit du 1<sup>er</sup> juin 2023, ce praticien a encore attesté que l'assuré n'avait jamais présenté de problème à son épaule droite, "hormis depuis ses accidents déclarés [des] 24 février 2019, 17 février 2020 et 22 mai 2022" (PJ 3 annexée au recours).

## **5.**

**5.1** A titre liminaire, il convient de relever que, contrairement à ce que semblent considérer le recourant et son médecin traitant (voir p. 4, art. 2 de l'acte de recours), le seul fait que les troubles affectant l'épaule droite ne se sont manifestés qu'après l'accident du 24 février 2019 ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec celui-ci (raisonnement "*post hoc, ergo propter hoc*" pas déterminant, voir ATF 119 V 335 c. 2b/bb; SVR 2021 UV n° 34 c. 4.2). Le recourant ne peut dès lors rien déduire en sa faveur des écrits du médecin traitant des 14 février et 1<sup>er</sup> juin 2023.

**5.2** Cela étant précisé, le recourant conteste l'appréciation du médecin-conseil de l'intimée du 23 décembre 2022, niant tout lien de causalité entre l'accident de février 2019 et les troubles scapulaires annoncés à titre de rechute en septembre 2022. Il convient ainsi d'examiner la valeur probante de ce document.

**5.3** 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).

**5.4** 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 (ATF 125 V 351 c. 3b/ee; SVR 2022 UV n° 3 c. 3.2). Malgré cette aptitude de base à prouver, les rapports émanant de médecins spécialistes internes à l'assurance ne sont pas revêtus dans la pratique de la même force probante qu'une expertise réalisée par des experts indépendants, que celle-ci soit de nature judiciaire ou ordonnée en cours de procédure par l'assureur en vertu de l'art. 44 LPGA. Si un cas d'assurance devait être tranché sans qu'une expertise externe soit ordonnée, il convient alors de poser des exigences sévères en matière d'appréciation des preuves. S'il existe le moindre doute quant à la fiabilité et la pertinence des constatations médicales internes à l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires. En particulier, les rapports des médecins traitants remis par la personne assurée doivent également être pris en considération. Si les conclusions d'une personne spécialisée interne à l'assurance sont mises en doute par le rapport concluant d'un médecin traitant, l'indication générale de sa position contractuelle (ATF 125 V 351 c. 3a/cc) ne suffit pas à écarter ces doutes. Il appartient bien plus au tribunal d'ordonner une expertise judiciaire ou de renvoyer le dossier à l'assureur social, afin que celui-ci ordonne, dans le cadre de la procédure, une expertise selon l'art. 44 LPGA (ATF 142 V 58 c. 5.1, 139 V 225 c. 5.2, 135 V 465 c. 4.4 à 4.6; SVR 2021 UV n° 34 c. 2.3).

**5.5** En l'occurrence, d'un point de vue formel, il convient d'observer qu'en dépit de la relation contractuelle liant l'intimée à son médecin-conseil, l'impartialité de celui-ci ne saurait être remise en cause. En outre, si ce médecin ne dispose pas d'une spécialisation en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, cela ne diminue pas la valeur probante de son rapport (TF 8C\_59/2020 du 14 avril 2020 c. 5.2 et les références). Quoi qu'en dise le recourant, il en va de même du fait que ce médecin n'a pas procédé à un examen clinique (TF 8C\_650/2019 du 7 septembre 2020 c. 4.3.2). Cela étant dit, contrairement à ce que laisse entendre l'intimée dans sa réponse (p. 12-13), il n'apparaît pas que l'appréciation du 23 décembre 2022 ait été établie en pleine connaissance du dossier médical. En effet, dans son rapport, le médecin-conseil de l'intimée s'est déterminé sur la question de la causalité entre l'accident de février 2019 et les troubles scapulaires invoqués en septembre 2022, sans tenir compte des rapports établis à la suite de l'annonce de rechute et sans que l'intimée ait préalablement obtenu l'ensemble de la documentation médicale pertinente. Le médecin-conseil n'a notamment jamais fait mention, dans son appréciation, des écrits (certes succincts) que le chirurgien de l'assuré avait rédigé dans le contexte de la déclaration de rechute, les 1<sup>er</sup> novembre et 6 décembre 2022. A cet égard, on rappellera que ce chirurgien, après s'être référé aux résultats d'un arthroscanner pratiqué en septembre 2022 et avoir posé trois diagnostics (fissure partielle du supra-épineux, lésion "SLAP" du labrum supérieur de type II et acromion de type III), avait préconisé une intervention chirurgicale de l'épaule droite (acromioplastie et réparation du labrum). L'intimée n'ayant pas cherché à obtenir le rapport afférent à l'arthroscanner précité (qui lui a finalement été transmis spontanément par l'avocat de l'assuré, mais postérieurement à l'appréciation du 23 décembre 2022 et sans que l'intimée ne le soumette à son médecin-conseil; voir dos. int. 100/3), ni l'éventuel compte-rendu rédigé à l'issue de l'opération proposée, son médecin-conseil ne pouvait déterminer la nature exacte des atteintes annoncées à titre de rechute. Par conséquent, celui-ci n'était pas non plus en mesure de se prononcer en toute connaissance de cause sur le lien de causalité éventuel entre l'accident de février 2019 et les lésions invoquées en septembre 2022. Dès lors, sous l'angle formel, le rapport du 23 décembre 2022 apparaît déjà critiquable.

**5.6** Sur le plan matériel également, la conclusion du médecin-conseil selon laquelle la rechute annoncée ne serait qu'en lien de causalité "possible" avec l'accident de février 2019 est sujette à caution. En effet, dans son appréciation du 23 décembre 2022, qu'il a rédigée sur la seule base du dossier, le médecin-conseil a retenu en substance que l'assuré présentait un "état antérieur dégénératif sous forme d'une arthrose acromio-claviculaire avec un conflit sous-acromial (impingement) [...]". Cet état dégénératif préexistant à l'accident expliquait la symptomatologie persistante affectant l'épaule droite, selon le médecin-conseil (dos. int. 92/2-3). Ce dernier médecin n'a toutefois pas justifié pourquoi il liait les troubles encore présents à une arthrose dont l'origine serait dégénérative plutôt qu'accidentelle, alors que cette seconde hypothèse avait pourtant été envisagée à l'époque par le spécialiste mandaté par l'intimée (voir c. 4.3 ci-dessus). En effet, cet orthopédiste avait indiqué en juin 2019 – soit environ quatre mois après l'accident en cause – que si le dossier pouvait être considéré comme terminé "pour le moment", le développement à terme d'une arthrose consécutive au traumatisme ne pouvait être exclu, auquel cas il faudrait envisager une intervention chirurgicale (dos. int. 22/2). Cette précision laisse penser que le praticien considérait le développement d'une arthrose comme une future séquelle potentielle de l'accident de février 2019. Compte tenu de cette réserve émanant d'un spécialiste, on attendait du médecin-conseil qu'il étaye par une argumentation intelligible son postulat d'une arthrose purement dégénérative ou malade, ce qu'il n'a pas fait.

**5.7** Pour le reste, dans sa brève motivation exposée sur une seule page environ (voir dos. int. 92/2-3), le médecin-conseil s'est limité à réfuter le diagnostic de luxation acromio-claviculaire de stade II retenu en juin 2019 par le spécialiste mandaté par l'intimée, auquel il a privilégié l'hypothèse d'une "contusion de l'épaule droite avec œdème osseux ou éventuellement [d']une distorsion acromio-claviculaire stade I [...]". A cet égard, l'avis du médecin-conseil semble reposer sur une interprétation de l'imagerie et de la symptomatologie différente de celle exprimée en juin 2019 par l'orthopédiste désigné par la Suva. A l'appui de son point de vue, le médecin-conseil a notamment invoqué le fait que la déchirure du ligament acromio-claviculaire mentionnée dans le rapport d'IRM du 26 avril 2019

n'avait plus été constatée à l'occasion d'une IRM subséquente réalisée le 27 mai 2022. Cela appuyait la thèse selon laquelle l'accident de février 2019 n'avait pas engendré de déchirure ligamentaire. Le médecin-conseil a ajouté que trois spécialistes ayant examiné l'assuré entre juin et septembre 2019 n'avaient pas constaté d'instabilité de l'articulation acromio-claviculaire (dos. int. 22/1, 37/1 et 43/1). Or, compte tenu de l'importance des constatations radiologiques dans le cas d'espèce, on peut s'étonner que le médecin-conseil n'ait pas jugé utile d'analyser lui-même les imageries réalisées (IRM, arthroscanner), qu'il n'a pas commentées dans son rapport et qui ne figurent pas non plus au dossier (il s'est limité à retranscrire les conclusions exprimées par les radiologues à l'issue des IRM). En outre, il paraît malaisé de déduire d'une IRM réalisée en mai 2022 un argument déterminant pour nier la présence d'une déchirure ligamentaire plus de trois ans auparavant, la déchirure pouvant avoir cicatrisé entretemps. Enfin, faute d'explications topiques du médecin-conseil, il n'est pas possible de déterminer si la lésion "SLAP" du labrum, qui semble justifier à tout le moins partiellement l'opération préconisée depuis fin 2022, est en lien de causalité avec l'accident de février 2019. En définitive, au regard de la motivation excessivement succincte de l'appréciation du 23 décembre 2022 et du caractère contradictoire de cette appréciation avec l'avis de l'orthopédiste du 17 juin 2019 – divergence impossible à départager sans connaissances médicales spécialisées – il se justifie de renvoyer la cause à l'intimée, afin que celle-ci mette en œuvre une expertise médicale.

**5.8** Sur le vu de ce qui précède, des doutes subsistent quant à la fiabilité et la pertinence de l'appréciation du médecin-conseil de l'intimée. Le point de savoir si les atteintes scapulaires annoncées à titre de rechute en septembre 2022 sont en relation de causalité avec l'accident initial du 24 février 2019 doit dès lors faire l'objet d'une instruction complémentaire. La cause est ainsi renvoyée à l'intimée, afin que celle-ci mette en œuvre une expertise au sens de l'art. 44 LPGGA, puis statue à nouveau sur le droit aux prestations du recourant pour la rechute annoncée (voir c. 5.4 ci-dessus).

## **6.**

**6.1** En conclusion, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée. La cause est renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants, puis nouvelle décision.

**6.2** Il n'y a pas lieu de percevoir de frais de procédure (art. 61 let. <sup>f<sup>bis</sup></sup> *a contrario* LPGA; FF 2018 p. 1628).

**6.3** Le renvoi de la cause à l'administration pour complément d'enquête et nouvelle décision est considéré comme un gain de cause pouvant donner droit à l'octroi de dépens au sens de l'art. 61 let. g LPGA (ATF 137 V 57 c. 2.1). Cette règle s'applique indépendamment de la question de savoir si la partie recourante a conclu au renvoi ou si sa conclusion au renvoi a été prise à titre principal ou à titre subsidiaire (SVR 2017 KV n° 9 c. 9.1). Assisté d'un avocat agissant à titre professionnel, le recourant a ainsi droit au remboursement de ses dépens pour la procédure devant le Tribunal administratif (art. 61 let. g LPGA; art. 104 al. 1 LPJA). Ceux-ci, après examen de la note d'honoraires du 10 août 2023, qui ne prête pas à discussion compte tenu de l'importance et de la complexité de la procédure judiciaire, ainsi que de la pratique du Tribunal administratif dans des cas comparables, sont fixés à Fr. 2'473.40 (honoraires: Fr. 2'149.15, débours: Fr. 147.40 et TVA: Fr. 176.85) et mis à la charge de l'intimée, qui succombe (art. 108 al. 3 LPJA).

**6.4** Compte tenu de ce qui précède, la requête d'assistance judiciaire et désignation d'un mandataire d'office déposée pour la présente procédure de recours, devenue sans objet, est rayée du rôle du Tribunal administratif.

**Par ces motifs:**

1. Le recours est admis et la décision sur opposition attaquée annulée. La cause est renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants, puis nouvelle décision.
2. Il n'est pas perçu de frais de procédure.
3. L'intimée versera au recourant la somme de Fr. 2'473.40 (débours et TVA compris) au titre de dépens pour la procédure judiciaire.
4. La requête d'assistance judiciaire et désignation d'un mandataire d'office déposée pour la procédure de recours est rayée du rôle du Tribunal administratif.
5. Le présent jugement est notifié (R):
  - au recourant, par son mandataire,
  - à l'intimée, par son mandataire,
  - à l'Office fédéral de la santé publique.

Le président:

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).