



POUVOIR JUDICIAIRE
GERICHTSBEHÖRDEN

ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

Tribunal cantonal TC
Kantonsgericht KG

Rue des Augustins 3, case postale 630, 1701 Fribourg

T +41 26 304 15 00

www.fr.ch/tc

605 2025 149

Arrêt du 7 juillet 2026

I^e Cour des assurances sociales

Composition

Président :	Marc Boivin
Juges :	Marc Sugnaux, Vanessa Thalmann
Greffière-stagiaire :	Audrey Albieri

Parties

A._____, **recourant**, représenté par Me Christophe Tornare,
avocat,
contre
SUVA, autorité intimée

Objet

Assurance-accidents - causalité - épaule, coiffe des rotateurs
Recours du 15 septembre 2025 contre la décision sur opposition du
18 juillet 2025

considérant en fait

A. Par décision du 24 janvier 2025, confirmée sur opposition le 18 juillet 2025, la Suva a mis un terme aux prestations d'assurance dues à son assuré A. _____, installateur-électricien né en 1967, ceci avec effet au 13 novembre 2024, considérant que, à partir de cette dernière date, les atteintes subsistant au niveau de l'épaule droite n'étaient plus en lien de causalité avec un accident survenu à ski le 12 février 2024 à la suite duquel avaient encore été constatées, outre celles observées au niveau de l'épaule, des lésions au doigt gauche ainsi qu'au nez.

L'assuré avait été opéré le 14 novembre 2024, subissant à cette occasion une « *arthroscopie de l'épaule droite, avec ténotomie et ténodèse du long chef du biceps, acromioplastie et réinsertion du sous-épineux* », la Suva mettant ainsi fin aux prestations à la veille de cette opération qu'elle n'entendait pas prendre en charge.

B. Représenté par Me Christophe Tornare, A. _____ interjette recours contre cette dernière décision sur opposition le 15 septembre 2025, concluant avec suite de frais et d'une indemnité de partie à son annulation et, partant, principalement, à la poursuite du versement des prestations au-delà du 13 novembre 2024 impliquant la prise en charge de l'arthroscopie du 14 novembre 2024, subsidiairement, au renvoi de la cause à la Suva pour nouvel examen et nouvelle décision dans le sens des considérants. A l'appui de son recours, critiquant sur ce point les conclusions du médecin d'assurance dont il déplore l'absence de motivation, il fait essentiellement valoir, se fondant en cela sur l'opinion de la chirurgienne, que l'atteinte opérée par cette dernière avait bien été causée par l'accident à ski, « *le cours ordinaire des choses et l'évolution médicale du patient, sans nouvel incident depuis son accident* » démontrant, selon lui, « *une suite logique* ».

Dans ses observations du 13 octobre 2025, la Suva propose le rejet du recours, citant, entre autres considérations juridico-médicales, l'absence de toute pseudo-paralysie immédiate attestant que l'atteinte était bien d'origine dégénérative.

A l'issue d'un second échange des écritures, les parties ont campé sur leurs positions.

Il sera fait état du détail des arguments soulevés par ces dernières dans les considérants en droit du présent jugement, dans le cadre desquels seront notamment examinés leurs moyens de preuve et les avis médicaux figurant au dossier.

en droit

1.

Recevabilité

Le recours, interjeté en temps utile - compte tenu des suspensions estivales - et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière, est recevable, le recourant étant directement atteint par la décision querellée et ayant dès lors un intérêt digne de protection à ce que celle-ci soit, cas échéant, annulée ou modifiée.

2.

Dispositions relatives au lien de causalité entre un accident et des troubles physiques

2.1. Selon l'art. 6 al. 1 de la loi du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA; RS 832.20), si la présente loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

L'art. 4 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) précise qu'est réputée 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.

La notion d'accident se décompose ainsi en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte dommageable, le caractère soudain de l'atteinte, le caractère involontaire de l'atteinte, le facteur extérieur de l'atteinte et, enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur. Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident (arrêt TF 8C_26/2019 du 11 septembre 2019 consid. 3.1 et les références).

2.2. Le droit à des prestations découlant d'un accident suppose, tout d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. L'exigence d'un lien de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire en revanche que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci (ATF 142 V 435 consid. 1; arrêt TF 8C_650/2018 du 23 octobre 2019 consid. 4.1 et les références).

Cette question de fait repose essentiellement sur des renseignements d'ordre médical et doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 129 V 177 consid. 3.1). Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 402 consid. 4.3.1; 129 V 177 consid. 3.1; 115 V 403 consid. 3).

Selon une jurisprudence constante, un raisonnement fondé sur l'adage « *post hoc, ergo propter hoc* » (après celui-ci, donc à cause de celui-ci) ne permet pas d'établir un lien de causalité naturelle au degré de la vraisemblance prépondérante exigé en matière d'assurances sociales et ne saurait être admis comme moyens de preuve (ATF 119 V 335 consid. 2b; arrêt TF 8C_383/2018 du 10 décembre 2018 consid. 3.1).

2.3. Le droit aux prestations de l'assurance-accidents suppose, outre un rapport de causalité naturelle, un rapport de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. Pour que cette condition soit remplie, il faut que, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré soit propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (arrêt TF 8C_336/2008 du 5 décembre 2008 consid. 3.1; ATF 129 V 177 consid. 3.2; 117 V 359 consid. 4b).

En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 138 V 248 consid. 4 et les références citées).

2.4. S'agissant précisément de la question du lien de causalité en lien avec les lésions de la coiffe des rotateurs, le Tribunal fédéral a constaté que le point de savoir si un traumatisme consistant en un choc direct sur l'épaule était de nature ou non à causer, respectivement aggraver, une lésion de la coiffe des rotateurs, faisait l'objet d'une controverse médicale.

Il a ainsi précisé qu'il n'y avait pas lieu de donner une trop grande importance au critère du mécanisme accidentel pour l'examen du lien de causalité, eu égard aux difficultés à reconstituer avec précision le déroulement de l'accident sur la base des déclarations de la victime. Il convenait bien plutôt, sous l'angle médical, de mettre en présence et de pondérer entre eux les différents critères pertinents plaçant en faveur ou en défaveur du caractère traumatique de la lésion, de manière à déterminer l'état de fait présentant une vraisemblance prépondérante (arrêt TF 8C_758/2023 du 8 mai 2024 consid. 3 et les références).

2.5. En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident.

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, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui existerait même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). A contrario, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier. En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (*statu quo ante* ou *statu quo sine*) sur le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales, étant précisé que le fardeau de la preuve de la disparition du lien de causalité appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (arrêt TF 8C_461/2023 du 8 février 2024 consid. 3 et les références citées).

Même à supposer l'implication de troubles dégénératifs préexistants, l'origine exclusivement malade doit être établie. Sans quoi, même s'il existait un état maladif antérieur, l'assureur-accidents est tenu de prendre en charge les suites de l'accident aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas établi (arrêt TF 8C_461/2023 précité consid. 4.3.1.1).

3.

Dispositions relatives à l'instruction et à l'appréciation des preuves

3.1. La procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPG).

Dans la conduite de la procédure, l'assureur dispose d'un large pouvoir d'appréciation en ce qui concerne la nécessité, l'étendue et l'adéquation de recueillir des données médicales. Le devoir

d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (arrêt TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2).

3.2. Dans le droit des assurances sociales, la règle du degré de vraisemblance prépondérante est généralement appliquée.

Dans ce domaine, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références citées; arrêt TF 8C_704/2007 du 9 avril 2008 consid. 2). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

Si, malgré les moyens mis en œuvre d'office par le juge pour établir la vérité du fait allégué par une partie, conformément au principe inquisitoire, ou par les parties selon le principe de leur obligation de collaborer, la preuve de ce fait ne peut être rapportée avec une vraisemblance prépondérante pour emporter la conviction du tribunal, c'est à la partie qui entendait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (DTA 1996-1997 n. 17 consid. 2a; 1991 n. 11 et 100 consid. 1b; 1990 n. 12 consid. 1b et les arrêts cités; ATF 115 V 113 consid. 3d/bb). Dans cette mesure, en droit des assurances sociales, le fardeau de la preuve n'est pas subjectif, mais objectif (RCC 1984 p. 128 consid. 1b).

3.3. Pour statuer, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin d'informations que seul le médecin est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c).

En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions du médecin soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157).

3.4. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee).

Dans le même temps, vu la relation de confiance qui unit le médecin traitant à son patient, il y a lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation par le médecin traitant, dès lors que celui-ci est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références).

3.5. Cela étant, pour que l'assuré ait une chance raisonnable de soumettre sa cause au juge, sans être clairement désavantagé par rapport à l'assureur (sur l'inégalité relativement importante entre les parties en faveur de l'assurance, cf. ATF 135 V 165 consid. 4.3.1 *in fine*), le tribunal ne peut pas, lorsqu'il existe des doutes quant à la fiabilité et la pertinence des constatations des médecins internes à l'assurance, procéder à une appréciation des preuves définitive en se fondant d'une part sur les rapports produits par l'assuré et, d'autre part, sur ceux des médecins internes à l'assurance. Pour lever de tels doutes, il doit soit ordonner une expertise judiciaire, soit renvoyer la cause à l'organe de l'assurance pour qu'il mette en œuvre une expertise dans le cadre de la procédure prévue par l'art. 44 LPG (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6).

4.

Problématique

Est litigieux le lien de causalité entre les troubles persistant au niveau de l'épaule droite au-delà du 13 novembre 2024 et l'accident à ski du 12 février 2024.

La Suva soutient en substance que ce dernier événement n'a fait qu'aggraver passagèrement des troubles essentiellement dégénératifs.

Le recourant estime pour sa part que les atteintes à son épaule droite sont d'origine accidentelle et que cela justifie la poursuite de la prise en charge par l'assurance-accidents, incluant celle du traitement chirurgical du 14 novembre 2024.

Qu'en est-il ?

5.

Evènement annoncé et instruction du cas – rapports médicaux et appréciation du médecin d'assurance – décision initiale

5.1. Installateur-électricien né en 1967, le recourant a fait annoncer, le 19 février 2024, qu'il avait été victime d'un accident à ski le 12 février 2024 sur le domaine de la station de B._____ au cours duquel il était tombé la tête la première, se blessant au niveau du poignet gauche, de l'épaule droite ainsi que du nez (dossier Suva, pièce 1).

Il précisait avoir subi une contusion (« *Prellung* ») au niveau de l'épaule.

La Dre C._____ lui a prodigué les premiers soins, le jour même (rapport du 25 mars 2024, dossier Suva, pièce 14).

Elle constata des douleurs au niveau de l'épaule droite lors des mouvements d'abduction et d'extension et rotation.

Elle signalait, objectivement, une « *légère tuméfaction ainsi qu'un hématome en regard de l'articulation MCP1 et du thénar, la mobilisation* » étant « *possible, mais douloureuse, sans TNV* (= troubles neurovisuels) ».

Sur les radiographies, elle ne constatait ni fracture, ni épanchement visible.

Elle posait le diagnostic de « *suspicion d'une lésion tendineuse du sous-scapulaire de l'épaule D* », préconisant une suite de prise en charge auprès d'un orthopédiste.

Le Dr D._____, médecin de famille, attestait par la suite l'avoir vu le 21 février 2024, signalant des « *douleurs épaule droite avec signe de la coiffe* », se référant à la radiographie prise au lendemain de l'accident (dossier Suva, pièce 2).

5.2. Dans son rapport, la Dre C._____ signalait encore que le recourant avait déjà rencontré des problèmes au niveau de l'épaule.

Il avait déjà subi « *une lésion du bourrelet de l'épaule D, il y a 5 ans, traitement conservateur* » (dossier Suva, pièce 14).

C'est le lieu de relever que figure notamment au dossier un rapport plus ancien encore, daté du 5 décembre 2015 et émanant du Dr E._____, radiologue, exposant que le recourant avait à l'époque été atteint d'une « *nette arthrose acromio-claviculaire* » de l'épaule droite, concluant à l'existence d'un « *potentiel conflit sous-acromial. Nette fissure du labrum supérieur, très probable fissure du labrum antérieur. Chondropathie antéro-inférieure de la glène. Petite tendinopathie de la distalité du tiers supérieur du sous-scapulaire. Discrète tendinopathie du segment articulaire du long biceps. Supra-spinatus globalement normal* » (dossier Suva, pièce 19).

5.3. Le recourant fut adressé au Centre F._____ SA au début du mois de mars 2024.

Le Dr G._____, spécialiste FMH en chirurgie de la main, suspecta une « *lésion coiffe des rotateurs* », observant au niveau de l'épaule de « *vives douleurs à la palpation antérieure en regard de la petite et grande tubérosité et en regard du LCB. Légère douleur à la palpation AC. Pas d'instabilité antéro-postérieure de la clavicule. Pas de touche de piano. Elévation possible en actif jusqu'à 110°. Rotation externe 60° ddc. Rotation interne L4 à D (D10). Lift-off négatif mais plus faible à D qu'à G. Rotation externe symétrique, faiblement douloureuse. Elévation en actif assisté possible jusqu'à 160°. Le Jobe semble tenu mais douloureux à D* » (rapport du 13 mars 2024, dossier Suva, pièce 11).

Il préconisait de compléter les investigations en procédant à d'autres IRM.

Il rappela cela étant que les premiers examens radiographiques n'avaient révélé la présence d'aucune fracture : « *Suite au traumatisme, douleurs à l'épaule D. (...) Le patient consulte à Vissoie. Un bilan rx est effectué, en raison d'un pouce du skieur associé avec une lésion à l'épaule D. Le bilan radiologique ne met pas en évidence de fracture au niveau de l'épaule D* ».

5.4. Au printemps 2024, les douleurs à l'épaule persistaient, décrites comme « *invalidantes* » par le Dr G._____ (rapport du 7 avril 2024, dossier Suva, pièce 17).

Cependant, une nouvelle IRM excluait une rupture de la coiffe des rotateurs, décelant une arthropathie acromio-claviculaire : « *IRM épaule D : pas de rupture de la coiffe des rotateurs. Présence d'un peu de liquide autour du LCB avec bursite sous-acromio-deltôïdienne. Arthropathie acromio-claviculaire* ».

Dite IRM, pratiquée le 7 mars 2024, ne montrait en effet aucun signe de fracture ou d'une quelconque déchirure, révélant au contraire une intégrité des tendons des muscles, dans une articulation

présentant toutefois des signes de dégénérescence : « *pas de contusion osseuse ni de trait de fracture visible. Remaniements dégénératifs de l'articulation acromio-claviculaire avec bombement capsulaire, ostéophytose et remaniements œdémateux des deux berges de l'articulation. Pas d'anomalie de l'articulation glénohumérale. Pas de déchirure labrale sous réserve d'absence d'injection intra-articulaire de produit de contraste. Aspect normal du tendon du chef long du biceps brachial qui est en place dans sa gouttière. Épanchement liquidien de la bourse sous acromio-delhoïdienne. Intégrité des tendons des muscles supra-épineux, infra-épineux et sous-scapulaire. Trophicité musculaire satisfaisante et absence d'infiltration adipeuse. Pas de capsulite rétractile. Pas de signe en faveur d'une compression du nerf supra-scapulaire* » (dossier Suva, pièce 20).

Le recourant poursuivait la physiothérapie et bénéficia d'infiltration « *sous-acromio deltoïdienne* » (rapport du Dr G. _____ du 6 mai 2024, dossier Suva, pièce 26), pratiquée le 13 mai 2024 (dossier Suva, pièce 34), mais qui n'empêcha toutefois pas la persistance des douleurs (rapport du Dr G. _____ du 17 juin 2024, dossier Suva, pièce 28).

5.5. A la fin de l'été 2024, les plaintes persévéraient, voire se péjoraient, le Dr G. _____ évoquant désormais une « *lésion SLAP* », tout en posant le diagnostic de « *contusion tendineuse épaule D avec bursite acromio-delhoïdienne* » (rapport du 22 août 2024, dossier Suva, pièce 39).

Le Dr D. _____ confirmait la persistance des douleurs (rapport du 26 août 2024, dossier Suva, pièce 42).

Une nouvelle IRM était réalisée le 2 septembre 2024, qui montrait des signes d'une « *délamination tendineuse modérée* » et l'apparition d'une « *lésion presque transfixiante du tiers antérieur du tendon supra-épineux s'étendant sur environ 5 x 7 mm avec atteinte prédominante de la corde superficielle et quelques rares fibres résiduelles au niveau de la corde profonde* » (dossier Suva, pièce 48).

A côté de cela, en dépit d'une « *discrète arthropathie acromio-claviculaire* », il n'y avait aucune anomalie significative au niveau de la tête humérale, de la glène ou des couvertures cartilagineuses gléno-humérales.

La totalité des tendons étaient de morphologies et de signaux normaux.

Aucune lésion de type SLAP n'était enfin constatée.

5.6. A la fin du mois d'octobre 2024, la Dre H. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, médecin-adjointe auprès du même Centre F. _____ SA, envisageait de pratiquer une arthroscopie, optant tout d'abord pour une nouvelle infiltration localisée, réservant toutefois la date du 14 novembre 2024 pour une opération chirurgicale (dossier Suva, pièce 52).

Elle retenait, à son tour, le diagnostic d'une « *contusion tendineuse épaule D avec bursite acromio-delhoïdienne* ».

L'infiltration n'ayant pas donné les résultats escomptés, les douleurs persistant, décision fut prise de pratiquer une arthroscopie (rapport du 11 novembre 2024, dossier Suva, pièce 65).

Celle-ci, pratiquée le 14 novembre 2024, consista en une « *ténotomie et ténodèse biceps, acromio-plastie et réinsertion sus-épineux par mini-open* » (rapport ultérieur de la Dre H. _____ du 3 mars 2025, dossier Suva, pièce 101).

Immédiatement après, on observa un « *espace sous-acromial préservé* » ainsi qu'une « *légère arthrose acromio-claviculaire* » (rapport radiologique du 14 novembre 2024, dossier Suva, pièce 107).

5.7. Amené à se prononcer sur la prise en charge d'une telle opération, le Dr I. _____, médecin d'assurance, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, considéra en substance que « *les lésions que la Dre H. _____ veut opérer sont d'origine dégénérative* », relevant à cet égard que la « *lésion presque transfixiante* » révélée par l'IRM du 2 septembre 2024 n'était pas présente sur les images du 7 mars 2024, estimant ainsi qu'elle n'était pas « *consécutive au sinistre du 12 février 2024* ».

Le recourant fut ainsi informé que la Suva allait mettre fin aux prestations à la veille de l'opération pour ne pas avoir à la prendre en charge (courrier du 22 novembre 2024, dossier Suva, pièce 75).

5.8. Ce dernier contesta cette fin de prise en charge, produisant à cet égard un certificat du directeur médical du Centre F. _____ SA, le Dr J. _____, qui se prononçait en faveur de l'existence d'une « *relation* » entre les lésions opérées et le traumatisme du 12 février 2024 après avoir notamment revu les premières images du mois de mars 2024 : « *L'IRM de l'épaule D du 07.03.2024 est décrite par le radiologue comme ne montrant pas de lésion de la coiffe des rotateurs. Je revois moi-même les images, et je dois bien constater qu'il y a tout de même une lésion de l'insertion du sus-épineux, avec une nette altération de signal, accompagnée d'une bursite sous-acromio-deltoïdienne. Sur la 2ème IRM du 02.09.2024, cette lésion s'est agrandie. Compte tenu de l'anamnèse, de la relecture des images d'IRM, de révolution et de l'état peropératoire, il est hautement vraisemblable que les lésions de l'épaule D sont à mettre en relation avec le traumatisme du 12.02.2024* ».

5.9. Le dossier fut dès lors soumis une nouvelle fois au Dr I. _____, pour un avis plus détaillé (appréciation médicale du 20 janvier 2025, dossier Suva, pièce 82).

Celui-ci, qui mentionnait notamment à l'appui de ses conclusions les antécédents médicaux connus du recourant, maintenait sa précédente prise de position, estimant que le traumatisme subi n'avait fait qu'aggraver passagèrement l'état de l'épaule droite : « *À l'examen attentif du dossier de l'assuré, ainsi qu'à une relecture attentive des examens IRM effectués, on doit constater que ce patient présentait en 2015 l'absence de lésion au niveau du tendon sus-épineux, lors de la première IRM du 07.03.2024 des lésions dégénératives et de remaniement intratendineuses au niveau de l'insertion distale du tendon du sus-épineux. Lors de l'arthro-IRM du 02.09.2024, ces lésions étaient toujours présentes, sans véritable aggravation et en tout cas sans passage de liquide de contraste au niveau de la bourse sous-acromiale, ce à quoi on pouvait s'attendre en cas de rupture transfixiante du tendon du sus-épineux. De ce fait, il faut constater que cet assuré a, suite à une chute à ski survenue le 12.02.2024, présenté une aggravation passagère de lésions dégénératives préexistantes décompensées par une contusion de l'épaule, dont les effets ont perduré, selon la vraisemblance prépondérante, pendant six mois à compter du sinistre. Dès lors, je ne peux que maintenir mon point de vue développé dans la brève appréciation médicale du 19.11.2024* ».

Il relevait ainsi, tout particulièrement, l'absence de passage de liquide de contraste dans la bourse acromiale, signe selon lui que la lésion n'était pas transfixiante : « *En reprenant les examens IRM, d'abord de 2015, qui ne montraient pas de lésion du sus-épineux, on peut donc comparer les examens IRM du 07.03.2024 où il existe effectivement des images de lésions dégénératives et de remaniements au niveau du tendon du sus-épineux de la coiffe des rotateurs et sur l'examen arthro-*

IRM du 02.09.2024, ces lésions sont toujours présentes, peut-être un peu plus importantes. Il faut néanmoins noter que dans le cadre de cet examen, il n'y a pas de passage de liquide dans la bourse sous-acromiale, ce que l'on s'attendrait à trouver en cas de lésion transfixiante du tendon du sus-épineux ».

5.10. Une décision initiale de refus de prester au-delà du 13 novembre 2024 - veille de l'opération du 14 novembre 2024 -, fut dès lors rendue étant donné que les « *troubles persistants actuellement à l'épaule droite n'[avaient] plus aucun lien avec l'accident* » (dossier Suva, pièce 84).

6.

Opposition – rapports et appréciations ultérieures – décision sur opposition

Dans le sillage de l'opposition interjetée le 17 février 2025 (dossier Suva, pièce 95), de nouveaux avis médicaux ont été intégrés au dossier.

6.1. La Dre H. _____ continuait pour sa part à soutenir que les lésions opérées avaient bien été causées par le traumatisme subi, qui aurait notamment occasionné une lésion SLAP type II-III, celle-ci confirmée en « *intra-opératoire* », rien ne pouvant évoquer un « *évènement chronique* » : « *L'IRM cervicale, qui était une IRM native, ne montrait pas de nette lésion de la coiffe des rotateurs ni du LCB mais sur l'arthro-IRM effectuée par la suite, on retrouve une lésion quasi transfixiante d'environ 90% du sus-épineux ainsi qu'une lésion SLAP. Ces lésions sont confirmées en intra-opératoire par une lésion quasi-transfixiante du sus-épineux et une lésion SLAP type II-III. Sur les IRM, nous n'avons pas d'argument pour une atrophie musculaire pouvant parler pour un évènement chronique. Vu l'anamnèse et les images de l'arthro-IRM ainsi que l'état en intra-opératoire, il s'agit bien d'une situation post-traumatisme* » (rapport du 3 mars 2025, dossier Suva, pièce 101).

Elle prenait note, au demeurant, que le recourant était en conflit avec son assurance (« *à noter que le patient a contacté son avocat pour défendre ses droits auprès de la Suva, qui a refusé le cas accident* »), relevant à cette occasion qu'il n'avait pas connu de douleurs avant l'accident : « *Le patient n'a pas présenté de douleurs avant son accident par chute à ski le 12.02.2024 où une lésion du pouce et de l'épaule se sont produites* ».

6.2. Le dossier fut, dès lors, transmis encore au Dr I. _____.

Celui-ci disait également s'être à nouveau penché sur l'imagerie médicale, pour arriver cependant à une toute autre conclusion que le Dr J. _____ : « *comme le Dr J. _____ le précise dans son certificat du 13.12.2024, j'ai également réexaminé les bilan IRM et arthro-IRM pratiqué chez cet assuré et arrive toujours à la même conclusion d'absence de lésion transfixiante aigue du sus-épineux, et que cet assuré a présenté une aggravation passagère de lésions dégénératives de la coiffe des rotateurs* » (appréciation brève du 25 mars 2025, dossier Suva, pièce 102).

Il rappelait aussi qu'aucune lésion de type SLAP n'avait été mise en évidence : « *De plus l'IRM du 7.03.2024 et l'arthro-IRM du 2.09.2024 ne mettent pas en évidence de SLAP-lésion* ».

6.3. Des images intra-opératoires de l'opération du 14 novembre 2024 furent enfin produites.

Elles ont été soumises à l'appréciation - la dernière - du Dr I. _____.

Celui-ci remarquait, pour l'essentiel, des signes dégénératifs confirmant ses précédentes appréciations : « *l'examen des images intra-opératoires ne permet pas de trancher de façon claire*

sur les lésions, à l'exception d'aspects dégénératifs de la partie antéro-interne du labrum glénoïdien ainsi que des lésions à l'insertion du tendon du long chef du biceps à la glène pouvant être compatibles soit avec une lésion traumatique soit avec une lésion dégénérative, mais sur la base de ces images, il est difficile de faire la part des choses. Vu la mauvaise qualité des images, il n'est absolument pas sûr qu'un 2e examen par un chirurgien orthopédiste puisse donner une réponse claire des lésions sur la base de ces images peropératoires. De fait, je ne peux que confirmer les conclusions que j'ai émises dans mon appréciation détaillée du 20.01.2025, malgré les nouveaux documents reçus » (appréciation du 27 mai 2025, dossier Suva, pièce 114).

6.4. Un dernier rapport de la Dre H. _____ figure enfin au dossier (rapport du 1^{er} juillet 2025, dossier Suva, pièce 116).

Elle revenait sur l'historique du cas qui l'avait amenée à pratiquer l'opération litigieuse en fin de compte: « à la suite du traumatisme, il rapporte des douleurs en regard du pouce G ainsi qu'à l'épaule D. Les douleurs à l'épaule sont présentes principalement à l'élévation du bras. Un traitement conservateur est introduit initialement et bien conduit, avec physiothérapie, antalgie, infiltrations. Malgré ceci, le patient rapporte des douleurs persistantes et des difficultés à l'élévation du bras. La reprise du travail à 100% n'est pas possible. Une arthro-IRM de contrôle, le 2 septembre 2024, révèle une lésion quasi transfixiante du sus-épineux ainsi qu'une lésion SLAP avec du liquide autour de la gouttière bicipitale, sans atrophie musculaire. L'indication opératoire est posée et le patient est opéré le 14 novembre 2024 par le Dr J. _____ pour une arthroscopie de l'épaule D, ténotomie et ténodèse du long chef du biceps, acromioplastie et réinsertion du sus-épineux par mini-open ».

Elle résumait l'affaire en ces termes : *« il s'agit donc d'un cas simple, causé par le traumatisme du 12 février 2024, mais dont la tentative initiale d'un traitement conservateur n'a pas été suffisante ».*

6.5. Après quoi fut rendue la décision sur opposition querellée (dossier Suva, pièce 117).

7.

Discussion

7.1. Ce qui frappe d'emblée dans ce dossier, c'est le nombre d'éléments, objectivement recensés plus haut, qui tendent à démontrer le caractère dégénératif prépondérant de l'atteinte observée chez cet assuré quinquagénaire.

Outre son âge avancé, constituant en soi un risque plus élevé de survenance d'une atteinte dégénérative, force est de remarquer que celui-ci, qui avait déjà subi une « *lésion au bourrelet de l'épaule droite* » cinq années avant l'accident, avait en outre présenté, presque dix ans avant l'accident survenu au mois de février 2024, des signes clairement établis d'une « *nette arthrose acromio-claviculaire* » au niveau de cette même épaule droite, ceux-ci suggérant la présence, déjà à l'époque, d'un potentiel « *conflit sous-acromial* » propre à favoriser un mécanisme d'usure dont tout porte à croire qu'il ait à nouveau été à l'œuvre des années plus tard.

C'est en effet bien le résultat d'un mécanisme de « *délamination tendineuse modérée* » qui avait été révélé par une nouvelle imagerie médicale réalisée au début du mois de septembre 2024 attestant de la présence, désormais chez le recourant, d'une lésion presque transfixiante qu'aucun des spécialistes n'avait pourtant signalée dans les premiers temps ayant suivi l'accident, et qui n'a été commentée et interprétée plus en détail qu'à partir du moment où la Suva avait annoncé vouloir

mettre fin aux prestations pour ne pas avoir à financer une opération visant à corriger la cause et les effets d'un mécanisme de délitement des tendons de la coiffe des rotateurs.

7.2. Sur ce point, force est de constater que l'arthroscopie a notamment eu pour finalité de réaliser une acromioplastie (= *chirurgie visant à traiter le conflit sous-acromial en élargissant l'espace entre la coiffe des rotateurs et l'acromion. Elle consiste à raboter le dessous de l'acromion ou un « bec osseux » (excroissance) pour empêcher le frottement et les lésions des tendons lors des mouvements de l'épaule* [source internet]) afin de retrouver un « *espace sous-acromial préservé* », comme il a été constaté au lendemain même de l'opération.

7.3. La thèse médicale du recourant, qui se propose dans les faits de faire abstraction de la préexistence délétère à moyen terme d'un état dégénératif clairement identifié en invoquant, dans un second temps, la survenance d'une lésion SLAP nullement documentée avant l'opération n'apparaît guère soutenable.

Une telle éventuelle découverte opératoire, difficilement vérifiable après la réparation complète des tendons, ne saurait constituer autre chose qu'une simple assertion, émise à l'appui d'une contestation « assécurologique » par une chirurgienne traitante qui, de ce fait, pourrait être encline à s'exprimer dans un sens favorable à son patient.

La portée probante des rapports émanant de cette dernière - comme du directeur du Centre où elle exerce - s'en trouve ainsi affaiblie.

7.4. Que disent au contraire les images et les premiers examens réalisés dans le sillage de l'accident ?

Premièrement, que celui-ci n'avait généré qu'une seule contusion - affirmation nullement contredite plus tard au dossier -, aucune fracture ou lésion significative n'ayant été observée durant les premiers mois où le recourant conservait une certaine force de préhension en dépit des douleurs alléguées, pour le traitement desquelles un traitement conservateur avait au départ été envisagé.

Ensuite, la morphologie et le signal des tendons sont demeurés normaux, à tout le moins jusqu'au début du mois de septembre 2024, moment à partir duquel une lésion partielle du tendon a pu être observée, mais dont il y a tout lieu de penser qu'elle était apparue - ou qu'elle s'était élargie - à mesure qu'il s'usait.

C'est tout cela que les appréciations claires du Dr I. _____ résument de façon tout-à-fait convaincante.

7.5. On relèvera enfin que la Dre H. _____ a elle-même fini par admettre qu'il s'agissait d'un « *cas simple (...) dont le traitement conservateur n'avait pas porté ses fruits* », traitement conservateur dont l'échec après plusieurs mois ne peut guère s'expliquer que par l'état dégénératif d'une épaule n'ayant subi qu'une seule contusion au cours d'un accident aux circonstances jamais précisément décrites.

L'indice - non déterminant, certes - d'un choc dynamique susceptible de causer une rupture de la coiffe des rotateurs, n'est pas non plus rempli, qui pourrait donner à penser que le *statu quo/ante* n'était pas atteint quand l'opération litigieuse fut pratiquée.

Que la Suva ait décidé de cesser de prester à la veille de cette opération ne saurait par ailleurs fragiliser sa position : l'on doit en effet s'attendre à ce que les séquelles d'une simple contusion

survenue au niveau d'une articulation saine et qui n'avait dans un premier temps guère laissé de traces ne persistent que tout au plus durant six mois, ce qui s'observe en règle générale, comme le rappelle le médecin d'assurance.

Or, c'est neuf mois après l'accident que la Suva a cessé de prester.

7.6. Il ne saurait, quoi qu'il en soit, être reproché à cette dernière de ne pas avoir sérieusement instruit le cas au point de laisser subsister un doute, celui-ci fût-il « léger ».

Le médecin d'assurance, objectif et mesuré dans ses propos, ayant écarté de manière exhaustive et convaincante des thèses médicales non étayées à l'imagerie.

Les explications données par ce dernier sur l'absence de passage de liquide de contraste, remettant *de facto* en cause l'existence d'une lésion transfixiante - pour des raisons, on croit le comprendre, liées à l'intégrité préservée du tendon qui aurait au contraire entièrement rompu si la lésion avait été d'origine accidentelle -, n'ont d'ailleurs été explicitement infirmées par aucun des spécialistes du Centre F. _____ SA.

Si le médecin d'assurance a, en toute fin de compte, évoqué la possibilité que les atteintes à l'insertion du tendon puissent être compatibles « *soit avec une lésion traumatique, soit avec une lésion dégénérative* » (consid. 6.3), cela ne saurait enfin suffire, au vu des nombreux éléments cités la contredisant, à conférer à la première des deux hypothèses le degré de vraisemblance prépondérante.

De nouvelles investigations ne se justifient dès lors pas.

8.

Synthèse et sort du litige

Au vu des éléments objectifs et des antécédents médicaux du recourant - quinquagénaire chez qui une nette arthrose dégénérative avait déjà été constatée neuf ans auparavant -, le refus de prise en charge d'une arthroscopie, pratiquée près de neuf mois après un accident banal et ayant précisément consisté à réduire le mécanisme d'usure et de délitement observé, doit en l'espèce être confirmé, une simple contusion ne sachant avoir causé une telle usure dans une articulation si celle-ci avait été saine.

Le recours, manifestement infondé, est par conséquent rejeté.

La procédure étant gratuite, il n'est pas perçu de frais de justice, quand bien même on peut se demander s'il était nécessaire de déposer un recours dans cette affaire, claire dès le départ.

Le recourant ne peut en tous les cas prétendre à une indemnité de partie.

(dispositif page suivante)

la Cour arrête :

- I. Le recours est rejeté.
- II. Il n'est pas perçu de frais de justice.
- III. Aucune indemnité de partie n'est allouée.
- IV. Notification.

Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite.

Fribourg, le 7 juillet 2026/mbo

Le Président

La Greffière-stagiaire