



**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 2023 183

Arrêt du 9 avril 2025

1^e Cour des assurances sociales

Composition

Président :

Marc Boivin

Juges :

Vanessa Thalmann, Marc Sugnaux

Greffière :

Angélique Marro

Parties

A. _____, recourant, représenté par Me Elio Lopes, avocat

contre

SUVA, autorité intimée

Objet

Assurance-accidents – lien de causalité – rechute

Recours du 18 septembre 2023 contre la décision sur opposition du
16 août 2023

considérant en fait

A. A. _____, né en 1984, bénéficiait de prestations de l'assurance-chômage depuis le 7 juillet 2020. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la SUVA.

Le 12 avril 2021, il a été blessé aux côtes lors d'une intervention policière, durant laquelle la force avait été nécessaire pour le maîtriser alors qu'il menaçait de mettre fin à ses jours. Pour les suites de cet accident, la SUVA lui a alloué des prestations d'assurance, notamment le versement d'indemnités journalières jusqu'en juin 2021, moment à compter duquel il était à nouveau apte à travailler.

B. A partir du 26 juillet 2021, il a retrouvé un emploi au sein de la société B. _____ SA. A ce titre, il était également assuré auprès de la SUVA.

Le 22 septembre 2022, son employeur a annoncé une rechute, invoquant des douleurs au thorax.

C. Par décision du 27 janvier 2023, confirmée par décision sur opposition du 16 août 2023, la SUVA a refusé d'allouer des prestations d'assurance en lien avec la rechute annoncée, au motif qu'il n'y avait aucun lien de causalité certain, ou du moins vraisemblable, entre l'événement du 12 avril 2021 et les troubles au thorax.

D. Le 18 septembre 2023, A. _____, par le biais de son mandataire, interjette recours à l'encontre de la décision sur opposition, concluant à son annulation et, principalement, à ce que la SUVA soit tenue de verser des prestations d'assurance en lien avec les troubles persistants, subsidiairement, à ce qu'une expertise judiciaire soit mise en œuvre, plus subsidiairement, au renvoi de la cause à la SUVA pour mise en œuvre d'une expertise.

Le 23 octobre 2023, la SUVA fait parvenir ses observations, concluant au rejet du recours, ainsi qu'une appréciation du médecin d'assurance.

Le 15 mars 2024, le recourant transmet ses contre-observations et des rapports médicaux, puis, le 27 mars 2024, la SUVA adresse ses ultimes remarques, renvoyant à ses observations et à la décision attaquée.

Le 10 avril 2024, le mandataire du recourant fait parvenir sa liste de frais et, finalement, le 26 février 2025, le recourant remet un rapport médical.

E. Il sera fait état du détail des arguments développés par les parties à l'appui de leurs conclusions dans les considérants en droit du présent arrêt, dans le cadre desquels seront notamment examinés leurs moyens de preuve.

en droit

1.

Recevabilité

Le recours a été interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente, par un recourant valablement représenté et directement touché par la décision querellée.

Partant, il est recevable.

2.

Règles relatives à la notion d'accident – rapport de causalité

2.1. En vertu de l'art. 6 al. 1 de la loi fédérale 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.

Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA, l'assurance-accidents alloue aussi ses prestations pour certaines lésions corporelles, notamment les fractures (let. a) et les déboîtements d'articulations (let. b), pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie.

2.2. La notion d'accident se décompose 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; enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur (cf. art. 4 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA; RS 830.1]). Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident (arrêt TF 8C_605/2020 du 8 juin 2021 consid. 3.1 et les références).

2.3. Le droit à des prestations découlant d'un accident suppose, 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 (arrêt TF 8C_511/2020 du 15 avril 2021 consid. 3.1 et les références).

2.4. 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 cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. 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 (arrêt TF 8C_493/2022 du 8 mars 2023 consid. 4.1.3 et les références).

En particulier, le principe « *après l'accident, donc à cause de l'accident* » (« *post hoc, ergo propter hoc* ») ne saurait être considéré comme un moyen de preuve et ne permet pas d'établir un lien de causalité naturelle au degré de la vraisemblance prépondérante exigé en matière d'assurance-accidents (ATF 119 V 341 consid. 2b/bb).

2.5. 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_580/2021 du 20 avril 2021 consid. 3.3). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 138 V 248 consid. 4 et les références).

3.

Règles relatives au droit aux prestations en cas de rechutes ou de séquelles tardives

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. En vertu de l'art. 11, 1^{ère} phrase, de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA; RS 832.202), les prestations d'assurance sont donc également versées en cas de rechutes et de séquelles tardives (arrêt TF 8C_458/2022 du 29 mars 2023 consid. 3.1.1 et les références).

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 affection qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (arrêt TF 8C_171/2023 du 17 janvier 2024 consid. 3.1 et les références).

Les rechutes ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initiale) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (arrêt TF 8C_335/2018 du 7 mai 2019 consid. 3 et les références).

4.

Règles relatives à l'appréciation des preuves

4.1. Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde généralement sa décision sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit 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. Il n'existe 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 (arrêt TF 8C_260/2019 du 23 juin 2020 consid. 3.2 et les références).

4.2. 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).

S'il existe des avis contradictoires, le juge ne peut pas trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (arrêt TF 8C_757/2023 du 20 décembre 2024 consid. 7 et les références).

Il découle du principe de l'égalité des armes, tiré du droit à un procès équitable garanti par l'art. 6 par. 1 CEDH, que l'assuré a le droit de mettre en doute avec ses propres moyens de preuve la fiabilité et la pertinence des constatations médicales effectuées par un médecin interne à l'assurance. Le fait, tiré de l'expérience de la vie, qu'en raison du lien de confiance (inhérent au mandat thérapeutique) qui l'unit à son patient, le médecin traitant est généralement enclin à prendre parti pour celui-ci ne libère pas le juge de son devoir d'apprécier correctement les preuves, ce qui suppose de prendre également en considération les rapports versés par l'assuré à la procédure. Le juge doit alors examiner si ceux-ci mettent en doute, même de façon minimale, la fiabilité et la pertinence des constatations des médecins internes à l'assurance. Lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis motivé d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes quant à la fiabilité et à la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis. Il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (arrêt TF 8C_757/2023 précité consid. 7 et les références).

4.3. En cas de rechute ou de séquelles tardives, il incombe à l'assuré d'établir, au degré de la 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 (arrêt TF 8C_232/2019 du 26 juin 2020 consid. 3.3 et les références).

5.

Objet du litige

En l'espèce, est litigieuse l'existence d'un lien de causalité entre les troubles annoncés à titre de rechute en septembre 2022 et l'événement du 12 avril 2021.

Pour traiter de cette question, il convient de revenir sur l'accident et le dossier médical du recourant.

6.

Accident du 12 avril 2021 et prise en charge par la SUVA

6.1. Le 12 avril 2021, le recourant a été blessé aux côtes lors d'une intervention policière (doc. 3).

Selon le rapport de police, une intervention policière avait été sollicitée parce que le recourant évoquait des idées suicidaires. La force avait été nécessaire pour le maîtriser, puisqu'il menaçait de sauter par une fenêtre. Il s'était ensuite plaint de légères douleurs à une côte, issues de sa résistance lors de la contrainte physique exercée sur lui (doc. 19).

Le même jour, il a été amené par la police à la permanence médicale. Le diagnostic principal d'idéation suicidaire a été posé. Le recourant ressentait des douleurs à la palpation « *basi costale* » à gauche. Les douleurs étaient évaluées à 4/10, d'intensité constante, augmentant à l'inspiration (doc. 13).

La radiographie du thorax à la recherche de signe indirect de fracture costale était sans particularité. Il n'y avait pas de pneumothorax, pas d'épanchement pleural, pas de fracture déplacée des côtes et pas d'emphysème sous-cutané en regard des côtes (doc. 13 et 37).

Toujours le même jour, il a été placé à des fins d'assistance auprès du Centre de soins hospitaliers de C._____ et mis en incapacité de travail à 100% (doc. 10 et 54). Le placement a pris fin après environ une semaine (doc. 54).

6.2. Le 15 avril 2021, une nouvelle radiographie du thorax a été effectuée, laquelle ne montrait pas de fracture costale déplacée visible (doc. 36).

6.3. Le 26 mai 2021, une échographie des parties molles a été effectuée.

Une déformation sous-cutanée au niveau de l'articulation chondro-costale (= *articulation entre les extrémités antérieures des côtes et les cartilages costaux*) antérieure gauche avec aspect d'une possible subluxation (= *luxation incomplète, par déplacement partiel des deux extrémités osseuses d'une articulation*) chondro-costale était mise en évidence. Il y avait également un discret hypersignal suggérant une possible tuméfaction post contusionnelle.

En conclusion, il existait une possible subluxation chondro-costale antéroinférieure gauche, post contusionnelle (doc. 9).

6.4. A partir du 7 juin 2021, le recourant était à nouveau apte à travailler à 100% (doc. 5).

6.5. Le 7 juillet 2021, le Dr D._____, médecin traitant, spécialiste en médecine interne, indiquait, s'agissant du déroulement de l'accident, que le recourant s'était fait immobiliser par un policier qui lui avait serré le thorax et avait provoqué une distorsion chondro-costale.

Les diagnostics de distorsion et subluxation chondro-costale étaient posés (doc. 10).

6.6. Le 27 août 2021, la SUVA a confirmé prendre en charge le cas. Elle a alloué des prestations d'assurance, notamment le versement d'indemnités journalières jusqu'au 6 juin 2021, date à partir de laquelle le recourant était à nouveau apte à travailler (doc. 16 et 18).

7.

Evolution de l'état de santé du mois de mars 2022 au mois de septembre 2022

7.1. Le 18 mars 2022, le recourant a été vu en consultation par le Dr E. _____, médecin traitant, spécialiste en chirurgie thoracique, lequel indiquait que le recourant avait subi un traumatisme thoracique en avril 2021 lors d'une interaction, qui s'était soldée par une hospitalisation forcée en psychiatrie.

L'évolution était marquée par une déformation thoracique mineure et des douleurs, avec une sensation de fausse mobilité. A l'examen clinique, une déformation de l'arc costal inférieur était constatée, mais semblait globalement stable, avec des douleurs de type neurogène (= *douleurs suite à des lésions du système nerveux périphérique*) (doc. 54).

7.2. Le 3 juin 2022, un scanner thoracique a été effectué, lequel ne montrait pas de fracture costale visible. Il n'y avait pas de remaniement costal, ni de lésion au niveau du parenchyme pulmonaire ou du médiastin (doc. 28).

7.3. Le 2 et le 20 juillet 2022, le recourant s'est rendu à la permanence médicale, notamment en raison de douleurs chroniques thoraciques (doc. 54).

7.4. Le 2 août 2022, il a été vu en consultation par le Dr F. _____, médecin traitant, spécialiste en chirurgie thoracique.

Le recourant se plaignait de douleurs au niveau du rebord costal gauche depuis le 12 avril 2021. Ces douleurs étaient quotidiennes et le gênaient plusieurs fois par jour et constamment. Elles augmentaient à l'effort ou à la mobilisation importante. Elles le gênaient également occasionnellement la nuit. Il se plaignait aussi d'une gêne par rapport à une voussure (= *courbure de la paroi abdominale*) suite à la fracture.

Le recourant était en excellent état général, avec notamment une bonne musculature du tronc. A l'inspection, il existait une petite voussure au niveau du rebord costal gauche. La compression axiale et latérale du thorax était indolore. Il n'y avait pas de douleur à la palpation du tronc en position couchée et les muscles étaient détendus. Il n'y avait pas d'instabilité notoire.

Il s'agissait de douleurs chroniques suite à une dislocation chondro-costale, qui était mesurée sur le scanner du 3 juin 2022, à 7 millimètres. A la clinique, elle était stable. De ce point de vue, il n'y avait ainsi pas d'indication chirurgicale (doc. 29).

7.5. A partir du 24 août 2022, le médecin traitant a attesté une incapacité de travail à 50% (doc. 22).

8.

Annonce de rechute et évolution de l'état de santé

8.1. Le 22 septembre 2022, l'employeur du recourant a annoncé une rechute. Dans la déclaration y relative, il était indiqué que, le 12 avril 2021, le recourant avait été plaqué au sol et avait ressenti une douleur au thorax (doc. 21).

8.2. Le 7 décembre 2022, le Dr G. _____, médecin traitant, spécialiste en anesthésiologie et traitement interventionnel de la douleur, indiquait avoir effectué une infiltration le 20 novembre 2022,

sous la forme d'un bloc intercostal adjacent à la fracture. Après une exacerbation douloureuse de 2 jours, le recourant relatait un soulagement appréciable, estimé à environ 50%, puis un retour aux symptômes initiaux (doc. 54).

8.3. Le 13 décembre 2022, la Dre H. _____, médecin d'assurance, spécialiste en médecine interne générale et médecine intensive, indiquait qu'au vu du bilan radiologique dans les limites de la norme avec, tout au plus, une possible subluxation chondro-costale mais sans séquelles osseuses, l'événement du 12 avril 2021 avait engendré tout au plus une contusion qui guérissait habituellement en deux à trois mois, soit, au plus tard, le 12 juillet 2021.

La persistance des douleurs actuelles n'avait pas d'explication radio-clinique claire. Elle relève que, dans son rapport du 2 août 2022, le Dr F. _____ mentionnait des douleurs chroniques suite à une dislocation chondro-costale, alors que celle-ci n'était pas mentionnée sur le rapport de radiologie. En outre, il mesurait celle-ci à 7 millimètres avec essentiellement une gêne esthétique, quand bien même lors de l'ultrason effectué le 26 mai 2021, un « *diagnostic de présomption* » a été posé et aucune atteinte des tissus cutanés n'était mentionnée (hématome) (doc. 45).

9.

Documents produits dans le cadre de la procédure d'opposition

9.1. Dans un rapport du 23 mars 2023, établi sur demande du recourant, le Dr F. _____ précisait avoir vu le recourant en consultation le 2 août 2022 et le 24 janvier 2023. Il s'était basé sur l'anamnèse, soit les informations du patient, et les constatations cliniques et radiologiques.

Etant donné le long délai entre le 12 avril 2021 et la première consultation du 2 août 2022, il ne pouvait pas exclure un autre événement durant ce laps de temps qui aurait pu être à l'origine de la dislocation chondro-costale constatée.

Les douleurs et les plaintes du recourant pouvaient tout à fait être expliquées par la dislocation consolidée du rebord chondro-costal gauche. En effet, l'image radiologique montrait une perte de continuité avec des microcalcifications alentours qui confirmaient des séquelles traumatiques. Il n'était toutefois pas possible de prouver que ces lésions avaient été occasionnées le 12 avril 2021. Le scanner thoracique du 3 juin 2021 n'était pas assez contrasté pour mettre facilement en évidence cette dislocation (doc. 92).

9.2. Le 31 juillet 2023, la médecin d'assurance mentionnait qu'à la lumière des éléments notés par le Dr F. _____, le lien de causalité entre les plaintes et l'événement du 12 avril 2021 était tout au plus possible (doc. 94).

10.

Rapports produits dans le cadre de la procédure de recours

10.1. S'agissant des faits et rapports postérieurs à la décision querellée, il est d'emblée relevé que le juge doit les prendre en compte uniquement dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (arrêt TF 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2).

Il sera fait dès lors état ci-après uniquement des éléments permettant de tirer des conclusions sur la situation antérieure au 16 août 2023, date de la décision querellée.

10.2. Le 25 septembre 2023, le Dr F. _____ mentionnait ne pas pouvoir juger des images de l'échographie du 26 mai 2021, car il s'agissait d'images dynamiques. Selon ses connaissances, il ne voyait qu'un traumatisme comme origine possible de cette lésion.

10.3. Le 12 octobre 2023, la Dre I. _____, laquelle avait réalisé le scanner du 3 juin 2022, indiquait partager l'avis du Dr F. _____ selon lequel l'image du 3 juin 2022 montrait une perte de continuité avec des microcalcifications alentours qui confirmaient des séquelles traumatiques.

Elle partageait également l'avis du Dr F. _____ selon lequel une dislocation chondro-costale du rebord costal gauche consolidée avec microcalcifications de 7 millimètres était visible sur le scanner du 3 juin 2022.

La dislocation chondro-costale du rebord costal gauche consolidée avec microcalcification diagnostiquée en août 2022 correspondait possiblement à la distorsion chondro-costale gauche, diagnostiquée en 2021 par le Dr D. _____, et à la possible subluxation mise en évidence dans le rapport de l'échographie du 26 mai 2021. Elle indiquait toutefois ne pas avoir vu les images de l'ultrason ni examiné le recourant.

10.4. Dans un rapport du 18 octobre 2023, la médecin d'assurance indiquait que le dossier comprenait un suivi médical adéquat qui permettait de statuer sur le dossier, sans qu'il y ait besoin de voir le recourant, ce d'autant plus que les images radiologiques et les rapports étaient à disposition.

La durée de guérison de 2 à 3 mois pour une contusion était une fourchette généreuse, une contusion s'apparentant à un hématome.

Les deux radiographies du thorax des 12 et 15 avril 2021, ainsi que le scanner thoracique de juin 2022 ne mettaient pas en évidence de lésion osseuse structurelle traumatique. A 14 mois du traumatisme, le scanner ne permettait pas non plus d'identifier de remaniement osseux compatible avec une ancienne fracture non diagnostiquée.

Le diagnostic de subluxation chondro-costale était tout au plus possible en l'état du dossier. En effet, l'échographie de mai 2021 parlait d'une « possible » subluxation chondro-costale, ce qui indiquait un doute raisonnable concernant ce diagnostic. Par ailleurs, l'impression ultrasonographie, qui était dépendante de l'opérateur, n'était pas confirmée par l'imagerie classique.

Le terme dislocation n'était pas un terme médical correct. En médecine, on parlait de luxation ou de subluxation. La subluxation, soit la luxation incomplète, se caractérisait par le déplacement d'un seul des deux os entrant en jeu dans une articulation, contrairement à la luxation qui était le déplacement de deux extrémités osseuses d'une même articulation.

Le Dr F. _____ avait indiqué dans son rapport du 2 août 2022 que la voussure était apparue suite à la fracture. Or, aucune fracture n'avait jamais été mise en évidence sur les radiographies des 12 et 15 avril 2021. Cette information initiale était donc inexacte et impactait les conclusions finales du Dr F. _____, lui faisant retenir un diagnostic erroné.

La médecin d'assurance a également donné son avis quant au lien de causalité. Selon elle, le fait que le recourant présentait une voussure « *n'était pas prépondérant pour établir* » un tel lien. Le jour du traumatisme, il n'avait pas été fait état d'une voussure, d'un hématome, d'une plaie et/ou démembraison, ce à quoi il serait pourtant attendu en présence d'une subluxation chondro-costale

survenue le jour même. La première description d'une voussure datait de l'examen ultrasonographique qui avait eu lieu plus de 6 semaines après le traumatisme initial. Dans ce contexte, sans autre information médicale dans l'intervalle, le lien de causalité n'était que tout au plus possible. Au vu du contexte dans lequel l'événement avait eu lieu, soit une grande détresse psychologique avec idéation suicidaire, la possibilité que le recourant avait présenté un 2^{ème} épisode d'auto-agressivité qui aurait pu induire cette voussure existait.

A la lumière de toutes les informations au dossier, avec l'absence de lésion cutanée/sous-cutanée aux urgences, un double cliché thoracique dans les limites de la norme, un ultrason avec tout au plus une possible subluxation chondro-costale et un scanner à plus d'une année sans atteinte séquellaire, le diagnostic de subluxation chondro-costale ne pouvait raisonnablement pas être retenu des suites du traumatisme du 12 avril 2021.

Puisqu'il n'y avait pas besoin d'avoir un traumatisme violent pour se procurer une subluxation costo-chondrale, le recourant avait par exemple pu se produire cette lésion suite à un étournement.

Enfin, le médecin d'assurance a relevé à titre indicatif que si l'on se référait à la littérature, le recourant présentait les critères d'un syndrome de Cyriax, qui correspondait à une subluxation des cartilages antérieurs de certaines côtes qui devenaient alors très douloureuses. Ce syndrome pouvait se voir des suites d'une malformation du cartilage dans un contexte d'hypercollagénose, qui expliquerait l'image décrite par le Dr F. _____. Des microtraumatismes répétés pouvaient également en être la cause.

10.5. Le 11 décembre 2023, un scanner du thorax a été effectué, lequel mettait en évidence une fracture du cartilage costal antérieur de la 7^{ème} côte gauche avec chevauchement des deux fragments cartilagineux, *a priori* ancien.

10.6. Le 1^{er} février 2024, le Dr F. _____ indiquait que les radiographies du thorax des 12 et 15 avril 2021, ainsi que le scanner du 3 juin 2022, ne montraient pas de lésion osseuse. Néanmoins, il y avait une dislocation du cartilage costal, probablement consolidée secondairement avec des calcifications comme séquelles.

L'anamnèse contenait des éléments subjectifs amenés par le recourant. Il n'avait fait que retranscrire ce que ce dernier lui avait expliqué en consultation.

L'étiologie d'étournement pour des ruptures cartilagineuses existait. Cependant, le jeune âge du recourant et l'absence d'obésité parlaient plutôt en défaveur de cette cause.

On voyait une interruption de la partie cartilagineuse du rebord costal avec des calcifications autour signant un remodelage secondaire, soit après formation primaire des os. Cliniquement, il n'y avait pas d'instabilité, donc on pouvait parler de consolidation. Le terme n'était peut-être pas tout à fait adéquat, mais il était suffisamment illustratif de la pathologie du recourant. Il y avait des calcifications autour du cartilage costal qui étaient très localisées sans autre point au niveau du scanner effectué. De ce point de vue, parler de maladie du système était très spéculatif.

Le syndrome de Cyriax était lié à une instabilité de côtes qui se chevauchaient. Néanmoins, chez le recourant, il n'y avait pas d'instabilité au niveau de la lésion chondrale.

10.7. Le 17 décembre 2024, une IRM thoracique a été effectuée, laquelle mettait en évidence un aspect vraisemblablement séquellaire d'un ancien traumatisme avec disjonction chondro-costale gauche à l'origine d'une déformation des parties molles en regard.

10.8. Le 13 janvier 2025, le recourant a été vu par le Dr J. _____, médecin traitant, spécialiste en chirurgie thoracique.

En visionnant les images d'un scanner qui avait été effectué le 29 octobre 2024, il constatait une fracture de la portion chondrale déplacée, avec chevauchement cartilagineux, de la 7^{ème} côte gauche, associée à quelques microcalcifications.

En résumé, il s'agissait d'une pseudarthrose (= *absence de consolidation entre deux fragments osseux*) d'une fracture cartilagineuse de la 7^{ème} côte gauche.

11.

Discussion

11.1. En l'espèce, la SUVA s'est fondée sur l'appréciation médicale de la médecin d'assurance du 13 décembre 2022 pour conclure qu'aucun lien de causalité n'existait entre la rechute annoncée en septembre 2022 et l'accident du 12 avril 2021.

Pour sa part, le recourant soutient que la SUVA aurait dû s'écarter de l'avis de la médecin d'assurance et se référer au rapport du 2 juillet 2021 du Dr D. _____ et à ceux du Dr F. _____.

Il convient ainsi dans un premier temps d'analyser la force probante de l'appréciation de la médecin d'assurance, au regard des critères dégagés par la jurisprudence en la matière.

11.2. Dans sa première appréciation du 13 décembre 2022, la médecin d'assurance concluait que l'événement du 12 avril 2021 avait engendré tout au plus une contusion guérissant habituellement en deux à trois mois. La persistance des douleurs n'avait pas d'explication clinique claire. Le Dr F. _____ mentionnait une dislocation chondro-costale, or celle-ci n'était pas mentionnée sur le rapport de radiologie. En outre, lors de l'échographie de mai 2021, seul un « diagnostic de présomption » avait été posé et aucune atteinte de tissus cutanés n'était mentionnée. Lors de la procédure d'opposition, elle a précisé que le lien de causalité entre les plaintes et l'événement du 12 avril 2021 était tout au plus possible.

11.3. S'agissant de l'échographie de mai 2021, le rapport y relatif concluait à une possible subluxation chondro-costale, ce qui ne suffit pas, en soi, pour confirmer ce diagnostic sous l'angle de la vraisemblance prépondérante.

Toutefois, suite à cette échographie, le Dr D. _____ posait également le diagnostic de subluxation et celui de distorsion chondro-costale. Par la suite, le 3 juin 2022, un scanner thoracique a été effectué. Si le rapport y relatif ne faisait pas expressément état d'une dislocation chondro-costale, le Dr F. _____ a indiqué, en août 2022, mesurer une telle dislocation de 7 millimètres sur le scanner précité. Ce dernier ainsi que le Dr G. _____ mentionnaient en outre la présence d'une fracture.

Ainsi, au vu des douleurs persistantes du recourant depuis l'accident, du délai relativement court entre l'accident et l'annonce de la rechute, de l'échographie faisant état d'une possible subluxation

et du rapport du médecin traitant indiquant une dislocation chondro-costale, la médecin d'assurance ne pouvait pas, sans autre motivation, conclure à un diagnostic de « simple contusion ».

Dans tous les cas, la SUVA ne pouvait pas, sans violer son obligation d'instruction, se contenter de cette appréciation pour nier l'existence d'un lien de causalité. Ceci vaut d'autant plus au vu du fait que les diagnostics de subluxation ou de dislocation et l'existence d'une fracture ont été évoqués, diagnostics pouvant entraîner une responsabilité de l'assurance-accidents en vertu de l'art. 6 al. 2 LAA.

11.4. Par ailleurs, aucun autre rapport ou document médical postérieur à la décision attaquée ne vient confirmer le diagnostic de « simple contusion » posé par la médecin d'assurance.

En particulier, la Dre I. _____, médecin ayant réalisé le scanner du 3 juin 2022, indiquait partager l'avis du Dr F. _____ selon lequel une dislocation chondro-costale de 7 millimètres était visible sur ledit scanner. Elle précisait que la dislocation chondro-costale diagnostiquée en août 2022 par ce dernier correspondait possiblement à la distorsion chondro-costale diagnostiquée par le Dr D. _____ en 2021 et à la possible subluxation mise en évidence sur l'échographie de mai 2021. Par la suite, une IRM thoracique faisait état d'une disjonction chondrocostale. Finalement, le Dr J. _____ mentionnait la présence d'une fracture de la portion chondrale déplacée de la 7^{ème} côte et le scanner de décembre 2023 indiquait une fracture du cartilage costal antérieur de la 7^{ème} côte.

Ainsi, quand bien même les médecins traitants ne s'accordent pas sur un seul diagnostic, aucun d'eux ne partage l'avis de la médecin d'assurance s'agissant du diagnostic de « simple contusion ».

11.5. En outre, les différents arguments avancés par la médecin d'assurance dans le cadre de la procédure de recours, en particulier dans son rapport du 18 octobre 2023, ne permettent pas non plus d'apporter une motivation suffisante pour exclure un lien de causalité entre les plaintes du recourant et l'accident d'avril 2021.

S'agissant du diagnostic de subluxation chondro-costale, elle indiquait qu'il était tout au plus possible en l'état du dossier, notamment au vu du résultat de l'échographie de mai 2021.

Toutefois, elle relève finalement que le recourant présente les critères d'un syndrome de Cyriax, qui correspond, selon ses explications, à une subluxation des cartilages antérieurs des côtes. De plus, elle indique également que le recourant aurait par exemple pu se produire cette lésion suite à un étirement. Dès lors, elle semble dans un second temps admettre que le recourant présente bien une telle lésion.

11.6. Dans son appréciation, la médecin d'assurance a également précisé que, le jour du traumatisme, il n'avait pas été fait état d'une voussure, d'un hématome, d'une plaie et/ou démembration, ce à quoi il serait pourtant attendu en présence d'une subluxation chondro-costale. Elle constatait que la première description d'une voussure datait de l'examen ultrasonographique qui avait eu lieu plus de 6 semaines après. Dans ce contexte, sans information médicale dans l'intervalle, le lien de causalité n'était que tout au plus possible.

Toutefois, il convient de rappeler le contexte dans lequel l'accident est survenu. Le 12 avril 2021, une intervention policière a été nécessaire pour maîtriser le recourant, qui menaçait de sauter par la fenêtre. Il a ensuite été amené à la permanence médicale où le diagnostic principal d'idéation suicidaire a été posé, puis a été placé à des fins d'assistance durant une semaine. Ainsi, quand bien

même le recourant a présenté des douleurs aux côtes à l'issue de l'intervention, les investigations médicales ont principalement été dirigées sur les troubles psychiques du recourant. Une radiographie du thorax avait tout de même été effectuée le jour de l'accident, laquelle avait toutefois pour but de rechercher des signes indirects de fracture costale.

Par ailleurs, le recourant ayant été hospitalisé durant une semaine, l'échographie n'a certes eu lieu que 6 semaines après les faits, mais cela n'est pas propre à exclure un lien de causalité. Dans tous les cas, même à supposer que la voussure n'était pas encore présente le jour de l'accident, cela ne suffit pas pour exclure un lien de causalité entre les troubles et l'accident. En effet, en matière d'assurance-accidents, l'assureur peut également être tenu de prendre en charge les conséquences provoquées par l'atteinte qui se produisent seulement à un stade ultérieur (arrêt TF_410/2017 du 22 mars 2018 consid. 6 et les références).

11.7. Au vu de ce qui précède, le doute apparu dans le cadre de la procédure de première instance subsiste quant à la pertinence de l'avis de la médecin d'assurance, celui-ci n'étant pas convaincant et les nombreux autres rapports figurant au dossier permettant de mettre en cause son bien-fondé, sans toutefois pleinement s'accorder.

Conformément aux règles relatives à l'appréciation des preuves, il n'est par ailleurs pas non plus possible de procéder à une appréciation définitive des preuves sur la seule base des rapports des autres médecins, ceux-ci étant également peu motivés.

Dès lors, il convient de renvoyer la cause à la SUVA pour mise en œuvre d'une expertise au sens de l'art. 44 LPGA.

En particulier, un spécialiste indépendant devra départager les différentes opinions, respectivement se prononcer sur l'origine des troubles persistants du recourant et sur le lien de causalité entre ceux-ci et l'accident du 12 avril 2021.

La SUVA statuera ensuite à nouveau sur le droit aux prestations du recourant pour la rechute annoncée.

12.

Sort du recours, frais de procédure et indemnité de partie

12.1. Au vu de tout ce qui précède, le recours est admis et la décision sur opposition du 16 août 2023 annulée. La cause est renvoyée à la SUVA pour instruction complémentaire sous la forme d'une expertise confiée à un médecin spécialiste externe dans le sens de ce qui précède.

12.2. La procédure étant gratuite dans les litiges en matière de prestations de l'assurance-accidents, il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 61 let. f^{bis} LPGA).

12.3. Par ailleurs, ayant obtenu gain de cause, le recourant a droit à une indemnité de partie pour les frais de représentation (art. 137 et 140 du code fribourgeois du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative [CPJA; RSF 150.1]).

Conformément à l'art. 8 al. 1 du tarif des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative (Tarif JA; RSF 150.12), les honoraires alloués pour la représentation ou l'assistance de la partie sont fixés entre CHF 200.- et CHF 10'000.-. Dans les affaires d'une ampleur ou d'une complexité particulière, le maximum s'élève à CHF 40'000.-. La fixation des honoraires dus

à titre de dépens a lieu sur la base d'un tarif horaire de CHF 250.-. Quant aux débours nécessaires à la conduite de l'affaire, ils sont remboursés au prix coûtant (art. 9 al. 1 Tarif JA).

En l'espèce, la liste de frais produite par le mandataire du recourant fait état d'un montant total de CHF 3'970.25, à savoir CHF 3'554.15 d'honoraires (14 heures 13 minutes à CHF 250.-), CHF 127.70 de débours et CHF 288.40 de TVA (CHF 187.40 à 7.7% et CHF 101.- à 8.1%).

Le nombre d'heures de travail est raisonnable, si bien que la liste de frais peut être reprise. L'indemnité de partie est mise à la charge de la SUVA.

la Cour arrête :

I. Le recours est admis.

Partant, la décision sur opposition du 16 août 2023 est annulée et la cause renvoyée à la SUVA pour instruction complémentaire dans le sens des considérants.

II. Il n'est pas perçu de frais de procédure.

III. L'indemnité de partie allouée au recourant est fixée à CHF 3'970.25, TVA de CHF 288.40 (CHF 187.40 à 7.7% et CHF 101.- à 8.1%) comprise.

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 9 avril 2025/anm

Le Président

La Greffière