



**POUVOIR JUDICIAIRE
GERICHTSBEHÖRDEN**

ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

**Tribunal cantonal TC
Kantonsgericht KG**

Rue des Augustins 3, case postale 1654, 1701 Fribourg

T +41 26 304 15 00
tribunalcantonal@fr.ch
www.fr.ch/tc

605 2017 294 + 295

Arrêt du 7 janvier 2019

1^e Cour des assurances sociales

Composition

Président :

Marc Boivin

Juges :

Daniela Kiener, Marc Sugnaux

Greffière :

Angelika Spiess

Parties

A. _____, **recourant**, représenté par Me Jacy Pillonel, avocate

contre

SUVA, autorité intimée

Objet

Assurance-accidents

Recours du 14 décembre 2017 (605 2017 294) contre la décision sur opposition du 10 novembre 2017

Requête d'assistance judiciaire gratuite totale du 14 décembre 2017 (605 2017 295)

considérant en fait

A. A. _____, né en 1962, marié et domicilié à B. _____, a travaillé en qualité de plâtrier auprès de l'entreprise C. _____ à D. _____.

Le 1er décembre 2002, il a subi un accident professionnel avec une contusion du coude suite à un choc contre une porte au travail.

Le neurologue consulté en 2004 a diagnostiqué une irritation post-traumatique du nerf cubital droit au coude.

La SUVA a pris en charge le cas ainsi que plusieurs rechutes.

B. Lors de son examen médical final le 19 août 2014, le médecin d'arrondissement a retenu, pour l'essentiel, un syndrome algofonctionnel persistant, sans lésion structurelle objectivable ni limitation fonctionnelle au niveau du coude, et une symptomatologie douloureuse. Il a dès lors conclu à une incapacité de travail totale dans l'ancienne activité, avec, en revanche, une capacité entière, sans limitation de rendement, dans une activité adaptée.

Par décision du 18 septembre 2014, la SUVA a mis fin à ses prestations avec effet au 30 septembre 2014, estimant que l'assuré était apte à reprendre un travail à partir du 1er octobre 2014. Cette décision n'a pas été contestée.

C. Suite à une rechute annoncée en avril 2017, l'assuré a été examiné par le médecin d'arrondissement le 21 juin 2017 qui a retenu, en substance, une persistance de douleurs au niveau du coude droit et une légère hypoesthésie, pour conclure à l'absence d'aggravation objectivable et de lésions structurelles. L'exigibilité retenue en 2014, soit une incapacité de travail totale dans l'ancienne activité et une capacité entière, sans limitation de rendement, dans une activité adaptée, est alors confirmée.

Par décision du 26 juin 2017, la SUVA confirme la décision du 18 septembre 2014, reconnaissant l'assuré apte à reprendre un travail.

Suite à l'opposition formée par l'assuré, la SUVA a soumis le dossier ainsi que les rapports médicaux produits à son médecin d'arrondissement. Son appréciation du 20 octobre 2017 a évoqué, notamment, que la contusion du coude subi lors de l'accident n'avait engendré aucune lésion structurelle, ce qui permet d'exclure un lien de causalité entre l'accident et les troubles actuels au coude.

La SUVA a rejeté l'opposition de l'assuré par décision sur opposition du 10 novembre 2017 au même motif que celui évoqué lors de la décision.

D. Contre cette décision sur opposition, l'assuré, représenté par Me Jacy Pillonel, a interjeté recours devant le Tribunal cantonal le 14 décembre 2017. Il conclut, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision querellée et, partant, au maintien du versement des indemnités journalières à partir du 1er octobre 2014.

A l'appui de son recours, il fait valoir une aggravation de son état de santé, indiquant que selon son neurologue "les vitesses au coude" s'étaient péjorées depuis 2014, ce que le médecin

d'arrondissement, s'appuyant uniquement sur l'électromyogramme (ci-après: EMG) aux valeurs normales, n'a pas remarqué. Il critique également le fait que la SUVA n'a pas reconnu de force probante au rapport médical de la Dresse E. _____, spécialiste en anesthésiologie. Il souligne, enfin, qu'une simple possibilité était, selon l'ATF 113 V 307, suffisante pour affirmer un lien de causalité avec l'accident.

Par requête du 14 décembre 2017, le recourant demande à être mis au bénéfice de l'assistance judiciaire totale et que Me Jacy Pillonel soit désignée en qualité de défenseur d'office.

Dans ses observations du 15 mars 2018, la SUVA conclut, sous suite de frais et dépens, au rejet du recours. Elle fait valoir, pour l'essentiel, que les troubles actuels, dus à des lésions structurelles, n'ont pas de rapport de causalité avec la contusion du coude lors de l'accident survenu en 2002, compte tenu de l'absence de lésions structurelles à l'époque. Au niveau procédural, elle précise que seul un versement de prestations à partir du 4 mars 2017 est litigieux puisqu'il s'agit de trancher la rechute déclarée en avril 2017. Les décisions antérieures étant entrées en force, une reprise du versement d'indemnités journalières à partir du 1er octobre 2014, comme le demande le recourant, n'entraîne pas en ligne de compte.

Dans ses contre-observations du 13 juillet 2018, le recourant conclut à la reprise du versement litigieux à partir du 4 mars 2017 et, pour le reste, maintient ses conclusions. Il reproche à la SUVA de n'avoir pas effectué d'examen complémentaires suite à l'annonce de sa rechute en 2017.

Dans ses ultimes observations du 3 septembre 2018, la SUVA relève que l'appréciation neurochirurgicale du 15 mars 2018 met en évidence que l'événement initial de 2002 n'a pas engendré de lésion structurelle, en particulier dans le domaine neurologique. Ainsi, les examens effectués postérieurement à l'accident mettant en lumière de telles lésions ne permettent pas d'établir de lien de causalité. En d'autres termes, il ne peut y avoir d'atteinte présumée guérie qui aurait récidivé en absence de lésion structurelle à la suite de l'événement initial.

Aucun autre échange d'écritures n'a été ordonné.

Il sera fait état dans les considérants en droit du présent arrêt des arguments développés par les parties à l'appui de leurs conclusions, autant que cela soit utile à la solution du litige.

en droit

1.

Le recours du 14 décembre 2017 contre la décision sur opposition du 10 novembre 2017 a été interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière. Le recourant, dûment représenté par une mandataire professionnelle, est directement touché par la décision querellée et a dès lors un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit, cas échéant, annulée ou modifiée.

Le recours est recevable.

2.

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

D'après l'art. 4 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le renvoi de l'art. 1 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.

2.2. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet 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 119 V 335 consid. 1; 118 V 286 consid. 1b; 117 V 369 consid. 3a; 117 V 359 consid. 5a).

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).

Si le rapport de causalité avec l'accident est établi avec la vraisemblance requise, l'assureur n'est délié de son obligation d'octroyer des prestations que si l'accident ne constitue plus la cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé, c'est-à-dire si cette dernière repose seulement et exclusivement sur des facteurs étrangers à l'accident. C'est le cas soit lorsqu'est atteint l'état de santé (maladif) tel qu'il se présentait directement avant l'accident (*statu quo ante*), soit lorsqu'est atteint l'état de santé, tel qu'il serait survenu tôt ou tard, indépendamment de l'accident, selon l'évolution d'un état maladif antérieur (*statu quo sine*). L'administration et, le cas échéant, le juge tranchent la question de la rupture du lien de causalité en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante. La simple possibilité de cette rupture ne suffit pas (RAMA 1994 p. 326 consid. 3b et les références).

2.3. Une fois que le traitement médical d'un événement assuré a cessé, des mesures médicales ne peuvent être prises en charge qu'aux conditions de l'art. 21 LAA et seulement si l'assuré a été mis au bénéfice d'une rente. S'il n'a pas droit à une telle prestation, il appartient à l'assurance-maladie de prendre en charge le traitement.

Les prestations d'assurance sont également versées en cas de rechutes et de séquelles tardives; les bénéficiaires de rentes d'invalidité doivent toutefois remplir les conditions posées à l'art. 21 de la loi (art. 11 de l'ordonnance 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 atteinte 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. Les rechutes et les séquelles tardives se rattachent par définition à un événement accidentel. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) 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 (ATF 123 V 137 consid. 3a; 118 V 293 consid. 2c et les références).

En cas de rechutes 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, et plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (arrêts TF 8C_796/2013 du 30 septembre 2014 consid. 3.2; 8C_560/2017 du 3 mai 2018 consid. 4.2). De jurisprudence constante, relevée notamment dans l'ATF 117 V 359, qui renvoie à l'ATF 113 V 311, la simple possibilité d'un lien de causalité ne suffit donc pas pour fonder l'obligation pour l'assurance de prester (consid. 4a).

3.

Dans le domaine des assurances sociales, 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, c'est à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. 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 126 V 360 consid. 5b; 125 V 195 consid. 2 et les références; ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3).

En matière d'appréciation des preuves, le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (arrêt TF 8C_456/2010 du 19 avril 2011 consid. 3 et la référence citée).

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).

4.

Est litigieux, en l'espèce, le droit du recourant aux prestations de l'assurance-accidents suite à l'annonce d'une rechute en avril 2017, lequel dépend de l'existence d'un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'accident en 2002 et la rechute annoncée en 2017.

Un tel lien de causalité doit être établi au degré de vraisemblance prépondérante; une simple possibilité ne suffira pas pour l'admettre (cf. ATF 117 V 359 consid. 4a).

Pour répondre à la question litigieuse, il sied de se référer aux rapports médicaux au dossier.

4.1. Lors de l'examen final effectué le 19 août 2014 par le médecin d'arrondissement, le Dr F._____, spécialiste en médecine physique, réadaptation et rhumatologie, se fonde pour l'essentiel sur les constats suivants: *"Status après contusion du coude droit le 1^{er} décembre 2002 avec un syndrome d'irritation posttraumatique du nerf cubital à droit. Syndrome algo-fonctionnel persistant. Pas de lésion structurelle objectivable. Aucune limitation fonctionnelle au niveau du coude droit et une symptomatologie douloureuse compatible avec des douleurs mixtes de type neuropathiques pseudo-inflammatoires et inflammatoires avec une atteinte somesthésique touchant essentiellement la branche postérieure du nerf cutané médial de l'avant-bras droit, actuellement en traitement"* (dossier SUVA doc. 107).

4.2. Suite à la déclaration d'une rechute en avril 2017, l'assuré consulte en mars 2017 le Dr G._____, spécialiste en neurologie. Ce dernier constate dans son rapport du 16 mars 2017 un EMG dans les normes, mais une pénétration des vitesses au coude comparées aux valeurs mesurées en 2014. Il conclut comme suit: *"La situation de ton patient s'est pénétrée depuis 2014. Il existe une irritation nette du cubital au coude d'origine post-traumatique"* (dossier SUVA doc. 137).

4.3. Le 21 juin 2017, l'assuré est examiné par le médecin d'arrondissement, la Dresse H._____, spécialiste en neurochirurgie (dossier SUVA doc. 159). Cette dernière relève, pour l'essentiel, ce qui suit: *"A plus de 15 ans après l'événement on constate la persistance d'une irritation du nerf ulnaire au coude droit avec un EMG normal. Vu le temps passé depuis l'événement de 2002, les traitements comme ergothérapie et autres ne sont pas indiqués à améliorer la situation de l'assuré. En l'absence d'une aggravation objectivable par mesure comme l'EMG (EMG toujours normal), l'absence de lésions structurelles (IRM coude droit et EMG) et sur la base de l'examen fait ce jour concernant le coude droit, il n'y a pas d'arguments médicaux pour changer l'exigibilité de 2014."*

Suite à l'opposition formée par l'assuré contre la décision du 26 juin 2017, la SUVA soumet à nouveau le dossier à son médecin d'arrondissement, la Dresse H._____. Cette dernière procède le 20 octobre 2017, en collaboration avec le Dr I._____, lui-même spécialiste en neurologie, à une appréciation neurochirurgicale de la situation (dossier SUVA doc. 180). S'agissant du bilan neurologique, les spécialistes présentent les valeurs de la vitesse de conduction mesurée par le neurologue Dr G._____ en 2004, 2014 et 2017 sous forme de tableau et soulignent quant à leurs valeurs respectives qu'en 2004 et 2014, le bilan neurologique était normal, ce qu'avait également constaté le neurologue. Dès lors, l'état du nerf cubital fut stable durant plusieurs années. La détérioration relevée par le neurologue au vu des vitesses mesurées en 2017, qui n'est par ailleurs pas remise en question par les spécialistes, n'est à leur avis pas liée à l'accident. Les spécialistes parviennent à la conclusion que les troubles actuels de l'assuré

concernant le coude droit ne sont pas expliqués sur la base des trois examens EMG ni explicables selon l'anatomie pathologique en lien de causalité avec une contusion du coude en 2002.

Compte tenu du recours interjeté par l'assuré contre la décision sur opposition, la SUVA transmet le dossier une nouvelle fois au médecin d'arrondissement, à savoir la Dresse H._____, neurochirurgienne, pour tenter de déterminer si l'on peut exclure toute cause accidentelle aux troubles de l'assuré postérieurs au 30 septembre 2014. Cette dernière rédige alors le 15 mars 2018 une deuxième appréciation neurochirurgicale.

Dans cette prise de position, la neurochirurgienne explique en détail les termes techniques utilisés dans le dossier médical, pour ensuite démontrer les enjeux médicaux entre les pathologies concernées. S'agissant du *syndrome d'irritation post-traumatique du nerf cubital*, la neurochirurgienne évoque notamment que le Dr J._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui a traité l'assuré environ 2 semaines après l'accident, avait noté dans son rapport du 24 décembre 2002 qu'il n'y avait *"neurologiquement, pas d'irradiation de l'avant-bras ou de la main. Aucune séquelle neurologique ou motrice"*. Cette absence de lésion neurologique au nerf cubital est confirmée en 2004 aussi bien par l'interniste, le Dr K._____, que le neurologue, le Dr G._____. Ce dernier décrit uniquement une *"irritation du nerf cubital au niveau de la gouttière du coude. Une lésion proprement dite n'a pas pu être mise en évidence [...]"*. De même l'IRM du coude droit, effectué le 20 janvier 2014 pour la suspicion d'une épicondylite, n'a pas mis en évidence une atteinte structurelle du nerf cubital. En effet, la Dresse L._____, radiologue, en tire un bilan sans particularité: *"La moelle osseuse visualisée présente un signal normal. Pas d'évidence de lésion ligamentaire. Les tendons fléchisseurs et extenseurs présentent un signal normal. Pas d'argument sur cet examen en faveur d'une épicondylite médiale ou latérale. Mise en évidence d'une fissure cartilagineuse intéressant toute l'épaisseur du cartilage au niveau du capitulum humeri. Pas de réaction osseuse en regard. Pas d'évidence d'épanchement articulaire. Toutes les structures musculo-tendineuses entourant le coude présentent un signal normal. Après injection de Gadolinium i.v., on ne note aucune prise de contraste pathologique"*. Au sujet du bilan IRM, la neurochirurgienne précise que la *fissure cartilagineuse au niveau du capitulum humeri* décrite signifie une interruption du cartilage comme conséquence du processus dégénératif d'une arthrose débutante ou comme conséquence d'un événement traumatique récent. En absence de réaction osseuse, un événement récent est jugé peu probable.

Selon la neurochirurgienne, dans le cas de l'assuré, une lésion du nerf lors de l'accident a été de fait écartée dès sa première consultation médicale suite à l'évènement auprès du Dr J._____ en décembre 2002 et confirmée en 2004 par le neurologue. Ainsi, elle met en exergue ce qui suit: *"Sur la base des documents médicaux à disposition, on constate que suite à l'évènement initial de 2002, il n'y avait pas de lésion structurelle due à une contusion du coude droit chez cet assuré. La documentation initiale a exclu une atteinte neurologique chez l'assuré. Les examens médicaux réalisés postérieurement (IRM, EMG, examens neurologiques, radiographie), plus de 10 ans plus tard, n'ont pas montré de lésion structurelle suite à une contusion du coude en 2002 et [par conséquent, les lésions actuelles] sont sans rapport de causalité avec l'accident initial"*. De l'avis de la neurochirurgienne, on peut dès lors exclure toute cause accidentelle aux troubles postérieurs au 30 septembre 2014, date à laquelle le médecin d'arrondissement a bouclé le dossier (observations du 15 mars 2018, annexe 1).

4.4. Chargée depuis juillet 2017 du traitement des douleurs du recourant, la Dresse E. _____, spécialiste en anesthésiologie, évoque dans son rapport du 17 juillet 2017, en substance, des douleurs neuropathiques au bras droit ("*chronische neuropathische invalidisierende Schmerzen im rechten Arm*"), entraînant une hyposensibilité de la partie droite du corps ("*Hyposensibilität über die gesamte rechte Körperhälfte*") (dossier SUVA doc. 167).

5.

Amenée à trancher le présent litige, la Cour de céans retient ce qui suit:

5.1. Les appréciations neurochirurgicales du 20 octobre 2017 et du 15 mars 2018 par le médecin d'arrondissement, la Dresse H. _____, exposent de façon claire et exhaustive l'atteinte subie lors de l'accident ainsi que la nature des troubles actuels de l'assuré. En effet, ces prises de positions parviennent, de par leur vue d'ensemble sur toute la période en question, à rendre la situation médicale la plus transparente possible. De plus, l'on constate à leur lecture une connaissance approfondie du dossier, notamment par les citations des avis médicaux établis antérieurement.

A ce sujet, il convient de remarquer que les avis médicaux au dossier ne divergent pas des appréciations des spécialistes internes à l'assurance. Au contraire, ces derniers se fondent sur les constats relevés par leurs confrères, consultés par l'assuré au fil des ans. Ainsi, il n'y a pas lieu de discuter d'éventuelles divergences entre les avis médicaux.

Si le neurologue, le Dr G. _____, affirme en mars 2017 que la situation s'est détériorée depuis 2014 et qu'il existe une irritation nette du nerf cubital d'origine post-traumatique, il n'entend pas se prononcer sur l'existence d'une éventuelle causalité entre l'accident et les troubles actuels. De fait, il se limite à constater que l'état du coude, qu'il suit depuis des années, s'est aggravé depuis 2014. Dès lors, ce rapport médical ne contredit en rien le point de vue du médecin d'arrondissement.

S'agissant du lien de causalité entre les troubles au coude droit en 2017 et la contusion du coude droit lors de l'accident de 2002, les spécialistes ont mis en évidence que le nerf cubital n'a pas subi de lésion lors de l'accident, et que son état a été stable jusqu'en 2014, ce qui permet à leur avis d'exclure une cause accidentelle pour la péjoration de la pathologie du coude actuelle.

5.2. Le recourant reproche à la SUVA de n'avoir pas pris en considération le rapport médical de la Dresse E. _____ du 17 juillet 2017. Or, il apparaît que cette spécialiste en anesthésiologie, consultée par l'assuré pour le traitement de sa douleur depuis le mois de juillet 2017, n'a pas eu accès aux examens effectués par le passé puisqu'elle n'y fait pas référence dans son rapport. Or, pour se déterminer sur un éventuel lien de causalité entre la pathologie actuelle et l'accident de 2002, les examens par imagerie effectués suite à l'accident sont cruciaux.

Force est dès lors de constater que cette anesthésiologue manque d'une vue d'ensemble ainsi que d'une spécialisation dans les domaines de la neurologie ou de la neurochirurgie pour pouvoir se prononcer utilement sur la question litigieuse. Ainsi, son rapport médical ne remet nullement en question les conclusions du médecin d'arrondissement.

5.3. En résumé, les appréciations neurochirurgicales établies par la Dresse H. _____ en sa qualité de médecin d'arrondissement, en collaboration partielle avec un neurologue, permettent de bien cerner l'enjeu entre l'accident et la pathologie des troubles actuels.

La Cour de céans fait siennes les conclusions des appréciations neurochirurgicales, parfaitement convaincantes et qui s'avèrent aussi probantes au sens jurisprudentiel rappelé plus haut, ce qu'admet par ailleurs le recourant (recours, p. 5 point 2).

Il s'ensuit que les troubles actuels de l'assuré affectant son coude droit, signalés en avril 2017 comme rechute, ne sont pas, au degré de la vraisemblance prépondérante, en lien de causalité avec l'accident de 2002 qui, faut-il rappeler, n'avait à l'époque occasionné qu'une simple contusion.

Force est dès lors de constater qu'à défaut d'une rechute, c'est à juste titre que la SUVA a refusé d'entrer en matière.

6.

Partant, le recours, mal fondé, doit être rejeté.

7.

La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'est pas perçu de frais de justice.

Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA).

Il n'est pas non plus alloué de dépens à l'autorité intimée, chargée de tâches de droit public (cf. arrêts TF 8C_552/2009 du 8 avril 2010 consid. 6 ; 9C_312/2008 du 24 novembre 2008 consid. 8 et la référence citée).

8.

Il reste à trancher la requête d'assistance judiciaire gratuite totale, déposée par le recourant le 14 décembre 2017 (605 2017 295).

8.1. A teneur de l'art. 61 let. f LPGA, le droit de se faire assister par un conseil doit être garanti et, lorsque les circonstances le justifient, l'assistance judiciaire gratuite doit être accordée au recourant.

Selon l'art. 142 du code fribourgeois de procédure et de juridiction administrative (CPJA; RSF 150.1), a droit à l'assistance judiciaire la partie qui ne dispose pas de ressources suffisantes pour supporter les frais d'une procédure sans s'exposer à la privation des choses nécessaires à son existence et à celle de sa famille (al. 1). L'assistance n'est toutefois pas accordée lorsque la procédure paraît d'emblée vouée à l'échec (al. 2).

Sur la question des chances de succès du recours, la jurisprudence retient que les conclusions paraissent vouées à l'échec lorsqu'une partie, disposant des moyens nécessaires, ne prendrait pas le risque, après mûre réflexion, d'engager un procès ou de le continuer (arrêt TF 8C_1015/2009 du 28 mai 2010 consid. 2; ATF 129 I 129 consid. 2.3.1; 128 I 225 consid. 2.5.3).

8.2. S'agissant des chances de succès du recours déposé, il convient de constater, d'une part, qu'une simple possibilité d'un lien de causalité, comme le soutient le recourant, n'est de jurisprudence constante pas suffisante pour admettre l'obligation de l'assurance-accident de prester (cf. consid. 3 et 4). En faisant valoir cet argument de "simple possibilité", le recourant était donc clairement conscient que les chances de succès étaient minimes.

D'autre part, il s'appuie pour sa demande de prestations en raison d'une rechute annoncée en avril 2017, pour l'essentiel, sur un rapport médical d'une spécialiste en anesthésiologie consulté pour la première fois en juillet 2017. A l'évidence, le rapport médical rédigé par cette dernière ne peut pas avoir force probante, celle-ci n'étant pas spécialisée dans le domaine neurologique et n'ayant pas eu connaissance du dossier médical et des examens neurologiques effectués par le passé.

Il était d'emblée clair que les perspectives de gagner le procès étaient, dans ces circonstances, extrêmement minces, de sorte qu'un plaideur raisonnable aurait renoncé à s'y engager.

8.3. Le recours paraissait d'emblée dénué de toute chance de succès et il se justifie dès lors de rejeter la requête d'assistance judiciaire, sans qu'il ne soit nécessaire d'examiner l'autre condition (ressources insuffisantes).

Il n'est pas perçu de frais pour la procédure y relative (art. 145 al. 3 CPJA).

la Cour arrête :

- I. Le recours est rejeté (605 2017 294).
- II. Il n'est pas perçu de frais ni alloué de dépens.
- III. La requête d'assistance judiciaire totale (605 2017 295) est rejetée.
- 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 janvier 2019/asp

Le Président :

La Greffière :