



**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 138

605 2023 139

Arrêt du 21 juin 2024

1^e Cour des assurances sociales

Composition

Président :

Marc Boivin

Juges :

Marc Sugnaux, Stéphanie Colella

Greffière :

Tania Chenaux

Parties

A. _____, recourant, représenté par Me Alexis Overney, avocat
contre

SUVA, autorité intimée

Objet

Assurance-accidents – lien de causalité – statu quo sine

Recours (605 2023 138) du 10 juillet 2023 contre la décision sur
opposition du 7 juin 2023

Requête d'assistance judiciaire (605 2023 139) du 10 juillet 2023

considérant en fait

A. A. _____, né en 1996, marié et père d'un enfant, était assuré contre les accidents non professionnels auprès de la SUVA, par le biais de l'assurance-chômage.

Le 24 novembre 2021, il a chuté dans un escalier à la suite d'un malaise et a souffert de contusions dorso-lombaires L5-S1. Le cas a été pris en charge par la SUVA qui a octroyé des prestations d'assurance à partir du 27 novembre 2021.

Le 4 février 2022, l'assuré a été impliqué dans un accident de la route ayant entraîné une aggravation de ses douleurs cervicales et dorso-lombaires.

B. Par décision du 11 janvier 2023, confirmée sur opposition le 7 juin 2023, la SUVA a mis fin à son obligation de prester pour l'accident survenu le 24 novembre 2021, avec effet au 31 janvier 2023. S'appuyant sur l'appréciation médicale d'une spécialiste interne, elle a considéré que l'état de santé tel qu'il aurait été sans cet accident pouvait être considéré comme atteint depuis le 5 février 2022 au plus tard, soit au lendemain du second accident, laissant ainsi entendre que l'assuré aurait pleinement recouvré sa santé lors de la survenance de ce nouvel événement.

C. Contre cette décision sur opposition, A. _____, représenté par Me Alexis Overney, avocat, interjette recours le 10 juillet 2023 auprès du Tribunal cantonal, en concluant, préalablement à l'octroi de l'assistance judiciaire totale et à la mise en œuvre d'une expertise médicale tri-disciplinaire (orthopédique, neurologique et psychiatrique) visant à démontrer sa capacité de travail et ses limitations actuelles dans une activité adaptée. Il conclut, principalement, à l'annulation de la décision sur opposition et, selon les résultats de cette expertise, au prononcé d'une nouvelle décision sur l'octroi des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 31 janvier 2023. Subsidièrement, il demande le renvoi du dossier à la SUVA pour une réévaluation, par le biais d'une expertise médicale tri-disciplinaire (orthopédique, neurologique et psychiatrique), de son état de santé physique et psychique et de sa capacité résiduelle actuelle de travail ainsi qu'au prononcé d'une nouvelle décision quant à l'octroi des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 31 janvier 2023.

Il considère en substance que la SUVA aurait constaté les faits de manière inexacte et n'aurait pas respecté son devoir de renseigner. Elle n'aurait en outre entrepris aucune investigation en relation avec les séquelles des deux accidents dont il a été victime, notamment les céphalées et le syndrome post-traumatique.

D. Dans ses observations du 17 août 2023, la SUVA conclut au rejet du recours, en précisant que l'objet du litige porte exclusivement sur le droit du recourant aux prestations d'assurance au-delà du 31 janvier 2023 pour les conséquences de l'accident survenu le 24 novembre 2021. L'examen du droit aux prestations d'assurance liées au second événement du 4 février 2022 fait l'objet d'une instruction séparée à l'issue de laquelle une décision sujette à opposition sera rendue. A l'appui de ses observations, elle produit une nouvelle appréciation médicale de la spécialiste interne, datée du 14 août 2023.

Après réception de ces documents transmis pour information, le recourant, par son mandataire, a sollicité un délai pour soumettre un nouveau rapport médical de son psychiatre, demande qui a été accordée. Le 20 novembre 2023, il a donc transmis ledit rapport faisant état d'atteintes psychiques

à la suite de l'accident du 4 février 2022, dans lequel le praticien estime que le cas doit être pris en charge par la SUVA.

Invitée à se prononcer sur ce document, la SUVA maintient sa proposition de rejeter le recours, estimant que de tels troubles, en présence d'un accident banal, voire tout au plus moyen à la limite de la banalité, ne sont pas en relation de causalité adéquate avec l'accident. Selon elle, ces troubles auraient été documentés dans le dossier constitué auprès de l'assurance-invalidité avant la survenance de l'accident du 24 novembre 2021, élément dont n'aurait pas tenu compte le psychiatre dans son rapport.

Aucun autre échange d'écritures n'a eu lieu.

Il sera fait état du détail des arguments des parties dans les considérants de droit du présent arrêt, où seront notamment examinés leurs moyens de preuve.

en droit

1.

Recevabilité

Interjeté en temps utile et dans les formes légales, auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu et de la matière par un assuré, directement touché par la décision sur opposition attaquée et dûment représenté, le recours est recevable.

2.

Dispositions relatives à l'assurance-accidents – lien de causalité

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), 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.

Au sens de l'art. 4 de la loi 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 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.

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_580/2021 du 20 avril 2022 consid. 3.2 et les références citées). Cependant, le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un

accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement "*post hoc, ergo propter hoc*"; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n. U 341 p. 408 s. consid. 3b).

2.3. En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Selon la jurisprudence, lorsqu'un état maladif antérieur est aggravé, respectivement se manifeste pour la première fois, à la suite d'un accident, dont la survenance a agi en tant que simple déclencheur d'un processus qui se serait produit quand bien même l'accident n'aurait pas eu lieu, le lien de causalité naturelle entre l'atteinte à la santé et l'événement accidentel cesse lorsque l'état maladif antérieur de l'assuré est revenu au stade qui était le sien immédiatement avant l'accident ("*statu quo ante*") ou lorsqu'il parvient à un stade qu'il aurait de toute façon atteint selon l'évolution ordinaire de la maladie, c'est-à-dire sans la survenance de 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 (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références citées).

2.4. 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 précité consid. 3.3; 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).

3.

Dispositions relatives à l'appréciation des preuves

3.1. De manière générale, en droit des assurances sociales, il n'existe pas un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré. Le défaut de preuve va au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé (ATF 126 V 322 consid. 5a et les références citées). Lorsque l'existence d'un fait ne peut être prouvée au degré de la vraisemblance prépondérante, c'est à la partie qui l'invoque pour fonder son droit ou au contraire pour s'exonérer d'une obligation d'en supporter les conséquences (RAMA 1994 p. 326 consid. 1 et 3b; ATF 116 V 136 consid. 4b; 114 V 298 consid. 5b).

3.2. 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. Il ne peut écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante (arrêt TF 8C_456/2010 du 19 avril 2011 consid. 3 et la référence citée).

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 de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c et les références citées).

3.3. 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 351 consid. 3b/ee).

Selon la jurisprudence, un rapport médical établi sur la base d'un dossier a valeur probante si ledit dossier contient suffisamment d'appréciations médicales, qui elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n. U 438 p. 345; arrêt TF U 233/02 du 14 juin 2004 consid. 3.1).

S'agissant des rapports médicaux des médecins traitants, le juge peut et doit même tenir compte du fait que ceux-ci se trouvent dans le cadre d'une relation de confiance issue du mandat qui leur a été confié. Ainsi, il y a lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant dès lors que celui-ci, vu la relation de confiance qui l'unit à son patient, est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui et à s'exprimer plutôt dans un sens qui lui serait favorable (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; RCC 1988, p. 504 consid. 2).

3.4. 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, voir ATF 135 V 465 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).

Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise dans une procédure au sens de l'art. 44 LPG, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères: s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 145 V 97 consid. 8.5; arrêt TF 8C_120/2023 du 11 octobre 2023 consid. 3).

4.

Dispositions relatives au devoir de renseigner

4.1. L'art. 27 LPGA dispose que dans les limites de leur domaine de compétence, les assureurs et les organes d'exécution des diverses assurances sociales sont tenus de renseigner les personnes intéressées sur leurs droits et obligations (al. 1). Chacun a le droit d'être conseillé, en principe gratuitement, sur ses droits et obligations. Sont compétents pour cela les assureurs à l'égard desquels les intéressés doivent faire valoir leurs droits ou remplir leurs obligations. Le Conseil fédéral peut prévoir la perception d'émoluments et en fixer le tarif pour les consultations qui nécessitent des recherches coûteuses (al. 2). Si un assureur constate qu'un assuré ou ses proches ont droit à des prestations d'autres assurances sociales, il les en informe sans retard (al. 3).

4.2. Tandis que l'art. 27 al. 1 LPGA vise l'obligation de renseigner, soit une information générale, l'art. 27 al. 2 LPGA prescrit une obligation de conseil, ce par quoi il faut entendre une information touchant un cas particulier (KIESER, ATSG-Kommentar, 4^{ème} éd., 2020, art. 27 n. 2).

En particulier, le devoir de conseils de l'assureur social au sens de l'art. 27 al. 2 LPGA comprend l'obligation de rendre la personne intéressée attentive au fait que son comportement pourrait mettre en péril la réalisation de l'une des conditions du droit aux prestations. Il s'étend non seulement aux circonstances de fait déterminantes, mais également aux circonstances de nature juridique. Son contenu dépend entièrement de la situation concrète dans laquelle se trouve l'assuré, telle qu'elle est reconnaissable pour l'administration (arrêt TF 9C_97/2009 du 14 octobre 2009 consid. 2.2). Aucun devoir de renseignement ou de conseil au sens de l'art. 27 LPGA n'incombe à l'institution d'assurance tant qu'elle ne peut pas, en prêtant l'attention usuelle, reconnaître que la personne assurée se trouve dans une situation dans laquelle elle risque de perdre son droit aux prestations (ATF 133 V 249 consid. 7.2).

Le défaut de renseignement dans une situation où une obligation de renseigner est prévue par la loi, ou lorsque les circonstances concrètes du cas particulier auraient commandé une information de l'assureur, est assimilé à une déclaration erronée de sa part qui peut, à certaines conditions, obliger l'autorité à consentir à un administré un avantage auquel il n'aurait pu prétendre, en vertu du principe de la protection de la bonne foi découlant de l'art. 9 Cst. (ATF 131 V 472 consid. 5).

5.

Objet du litige

5.1. Le litige porte exclusivement sur le droit du recourant à bénéficier des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 31 janvier 2023, en relation avec la chute du 24 novembre 2021 et non avec l'accident survenu ultérieurement le 4 février 2022. En effet, contrairement à ce que ce dernier semble croire, la SUVA a estimé que le recouvrement de l'état de santé avait été total le 5 février 2022, au lendemain de ce nouvel événement.

Il faut reconnaître que la description de ce second événement dans la décision attaquée peut prêter à confusion, d'autant plus que la SUVA a vraisemblablement refusé de prêter pour l'accident routier peu avant le prononcé de cette décision (cf. lettre du 22 mai 2023 adressée au recourant, bordereau du recourant, pièce 3). Néanmoins, cette dernière a clairement indiqué que la fin des prestations d'assurance fixée au 31 janvier 2023 se rapportait au sinistre du 24 novembre 2021, autant dans la

décision initiale (cf. dossier SUVA, pièce 100), que dans celle rendue sur opposition (cf. dossier SUVA, pièce 115, par. C. et consid. 4).

Partant, l'objet du litige est limité à l'existence d'un lien de causalité entre ce premier accident et les troubles persistants du recourant. Il est d'abord nécessaire d'identifier ces atteintes et le contexte de leur apparition (consid. 6 à 8), puis d'examiner s'il est possible de retenir un lien de causalité avec la chute du 24 novembre 2021 au-delà du 31 janvier 2023 (consid. 9).

5.2. Au surplus, il est pris acte de l'ouverture d'une procédure séparée concernant l'événement du 4 février 2022, à l'issue de laquelle une décision sujette à opposition sera rendue (cf. observations de la SUVA du 17 août 2023, ch. 1).

6.

Contexte général et situation médicale postérieure à l'accident du 24 novembre 2021

6.1. Le recourant est arrivé en Suisse en 2019 et a travaillé comme ferrailleur non qualifié jusqu'en juillet 2020 (cf. rapport médical du 11 mars 2021 des Drs B._____ et C._____, dossier SUVA, pièce 37), avant de se retrouver au chômage. Par décision transmise le 23 novembre 2021, sa caisse de chômage l'a informé de la fin de son droit à l'indemnité de chômage au 30 novembre 2021 (cf. courriel du 1^{er} décembre 2021 transmis à la SUVA par la caisse de chômage, dossier SUVA, pièce 2).

Le 24 novembre 2021, il a fait un malaise et a chuté dans les escaliers en sortant de son appartement. Il a été pris en charge par les urgences de D._____ qui ont réalisé des radiographies de la colonne vertébrale en raison de "*douleurs rachis cervical et charnière cervico-thoracique, douleurs lombaires L3-L5*". Celles-ci ont révélé l'existence d'une "*scoliose dextroconvexe*" sans "*fracture osseuse ni tassement des corps vertébraux, pas d'épaississement des tissus mous précervicaux, respect de l'espace intersomatique, articulations sacro-iliaques conservées*" (cf. rapport du 14 décembre 2021, établi par le Dr E._____, radiologue et chef de clinique adjoint, dossier SUVA, pièce 24).

Dans son rapport de consultation du 24 novembre 2021 (dossier SUVA, pièce 27), la Dre F._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et cheffe de clinique adjointe, a diagnostiqué des "*contusions dorso-lombaires sur chute dans les escaliers d'origine vagale le 24.11.2021*" et a indiqué comme comorbidités une "*scoliose sévère diagnostiquée en octobre 2020*" et des "*épisodes de dorsalgies*". Il est relevé que le recourant a "*développ[é] des douleurs lombaires puis en région cervicale et enfin des céphalées qui ne cèdent pas au paracétamol*". Une incapacité de travail a été attestée du 24 au 30 novembre 2021. Le médecin lui a proposé un retour à domicile, une antalgie et 9 séances de physiothérapie.

La suite du traitement a été assurée par son médecin traitant, le Dr G._____, spécialiste en médecine interne générale, qui l'a mis à l'arrêt dès le 30 novembre 2021 pour une durée indéterminée.

Dans son rapport initial du 4 mars 2022 (dossier SUVA, pièce 23), le médecin traitant retient le diagnostic de "*contusion dorso-lombaire L5-S1 sur chute*". Il constate que le recourant souffre d'une atteinte morphologique, plus particulièrement, un "*syndrome lombo-vertébral non déficitaire*" (= symptômes douloureux et fonctionnels liés à la région lombaire de la colonne vertébrale, sans déficits neurologiques associés). En outre, la distance doigts-sol est de 42 cm et la valeur du test de

Schober de 14 cm. Il évoque la réalisation d'une IRM du rachis lombaire à H. _____ le 21 janvier 2021, lors de laquelle une scoliose dorso-lombaire et une ostéochondrose dorsale (= maladie chronique de la colonne vertébrale, caractérisée par une modification dégénérative-dystrophique des disques intervertébraux et de leur bon fonctionnement) ont été diagnostiqués.

6.2. Alors que le recourant était encore en incapacité de travail en raison de la chute du 24 novembre 2021, son véhicule a été percuté par l'arrière sur l'autoroute à environ 60 km/h avec déclenchement des airbags le 4 février 2022. Le médecin traitant considère que cet accident routier a causé une *"aggravation des cervico-dorso-lombalgies"* (cf. rapport initial du 4 mars 2022 établi par le Dr G. _____, dossier SUVA, pièce 23).

Un scanner cervical a été réalisé le 5 février 2022 par les Dres I. _____ et J. _____, toutes deux spécialistes en radiologie au sein de H. _____, en raison de *"douleurs du rachis cervical de C2- C6"*. Dans le rapport du même jour (dossier SUVA, pièce 69), les radiologues ont constaté la présence d'une *"inversion de la lordose cervicale"* mais *"pas de fracture du rachis cervical"*. Plus précisément, il est mentionné s'agissant du cou : *"pas d'infiltration suspecte des parties molles pré-vertébrales. Triangle graisseux nucal préservé. Apex pulmonaires libres. En fenêtre osseuse, pas de fracture du rachis cervical. Inversion de la lordose cervicale. Bon alignement des murs antérieur et postérieur du rachis"*.

6.3. Le recourant a consulté la Dre K. _____, spécialiste en médecine générale, en remplacement de son médecin traitant. Dans un rapport médical intermédiaire adressé à la SUVA le 18 juillet 2022 (dossier SUVA, pièce 58), celle-ci relève qu'il *"souffre de nualgie sévère, porte une collerette depuis 2 mois et ne ressent pas d'amélioration"* et que, l'ayant vu une seule fois, il lui est difficile de juger l'évolution.

Dans son rapport médical intermédiaire du 30 septembre 2022 (dossier SUVA, pièce 71), le Dr G. _____, médecin traitant, retient comme diagnostics des *"contusions cervicales et dorso-lombaires"* et une *"contusion de l'épaule droite"* en lien avec la chute dans les escaliers. Il ajoute que *"les douleurs cervicales et dorso-lombaires persistent, majorées par un accident de voiture le 04.02.2022"*. Comme thérapie, le médecin a mis en place une immobilisation par minerve avec de la physiothérapie, une antalgie et un suivi médical.

6.4. Par courriel du 20 décembre 2022, la SUVA a abordé le recourant pour l'informer que la médecin d'assurance lui proposait un *"assessment"* à L. _____ à M. _____, en précisant que la durée était en principe de trois jours et que la présence d'un traducteur était possible durant tout le séjour (dossier SUVA, pièce 94). Ce courriel faisait suite à un premier appel téléphonique manqué, le recourant n'ayant pas pu être atteint (dossier SUVA, pièce 93).

Le recourant a répondu le lendemain de la manière suivante (sic) : *"Bonjour, Je vous remercie de l'intérêt que vous avez pour moi. Pour le moment, je vais très mal et je pense que ce n'est pas le bon moment. Des que je pense que ça irai mieux, je vous informerai et j'irai à la clinique. Je n'ai pas besoin de traducteur parce que je parle et je comprends le français"* (cf. courriel du 21 décembre 2022, dossier SUVA, pièce 95).

Le jour-même, la SUVA a tenté à nouveau de le recontacter par téléphone, sans succès (dossier SUVA, pièce 96).

7.

Situation médicale antérieure à l'accident du 24 novembre 2021

7.1. Avant la survenance des deux accidents décrits ci-dessus, le recourant était déjà atteint dans sa santé. Une demande de prestations de l'assurance-invalidité avait été déposée le 15 décembre 2020 pour une reconversion professionnelle mais a été retirée le 6 avril 2022 (cf. courriers des 27 janvier et 19 avril 2022 de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg, dossier SUVA, pièces 12 et 29).

Le 11 janvier 2021, le recourant a consulté le Dr B. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et le Dr C. _____, médecin assistant auprès de N. _____ de H. _____, en raison de sa scoliose découverte fin 2020. Il se plaignait de *"lombalgies et de dorsalgies apparues dans le contexte de l'exercice du métier de ferrailleur qu'il a exercé jusqu'en juillet 2020. Depuis, les lombalgies n'ont pas cessé de se péjorer, il se plaint notamment d'apparition, lors d'efforts, de fourmillements dans le membre supérieur droit et la main gauche, ainsi que de la cuisse droite, irradiant antérieurement jusqu'au genou"* (cf. rapport médical du 11 mars 2021 des Drs B. _____ et C. _____, dossier SUVA, pièce 37).

7.2. Une IRM du rachis lombaire, réalisée le 21 janvier 2021 à H. _____, a révélé une scoliose dorso-lombaire et une ostéochondrose dorsale chez le recourant (cf. rapport médical du 9 avril 2021 du Dr B. _____, dossier SUVA, pièce 39).

A la suite de cet examen, le recourant s'est rendu le 22 février 2021 auprès du Dr B. _____. L'IRM du 21 janvier 2021 n'ayant décelé aucun signe de compression radiculaire ou de sténose du canal rachidien, le spécialiste n'a pas été en mesure d'expliquer la cause de la totalité des symptômes dont se plaignait le recourant, en particulier les fourmillements. En ce qui concerne les douleurs du dos et du bassin, il a proposé une consultation en chiropraxie et médecine physique et réadaptation (cf. rapport médical du 9 avril 2021, dossier SUVA, pièce 39).

Le recourant a donc suivi plusieurs séances de chiropraxie avec la Dre O. _____, chiropraticienne, sans qu'une amélioration de son état n'ait toutefois été constatée après trois rendez-vous. A cette époque, la présence de douleurs cervicales avait déjà été signalée : *"Cervicales : toutes les ADM (= amplitudes de mouvement) sont douloureuses"* (cf. rapport du 6 avril 2021 de la Dre O. _____, dossier SUVA, pièce 36).

7.3. Le 25 mai 2021, le recourant a consulté le Dr P. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation. Dans son rapport médical du 27 mai 2021 (dossier SUVA, pièce 33), le médecin retient comme diagnostic des *"rachialgies chroniques avec troubles statiques avec scoliose à triple courbure lombaire sinistro-convexe de 25°, dorsale dextro-convexe de 18° et cervicale sinistro-convexe de 20°, [une] différence de longueur des membres inférieurs de 2 cm en défaveur du MIG, [un] déconditionnement physique global et focal, [un] syndrome d'hypermobilité articulaire généralisée avec score Beighton [à] 6/9, [ainsi qu'une] probable participation de facteurs non somatiques dans le développement de ce tableau clinique"*. Il poursuit en affirmant avoir *"rassuré le patient et son épouse présente pour la traduction de la bénignité de la situation"* mais aussi *"bien expliqué que la scoliose ne va pas se modifier étant donné qu'elle est maintenant mature et que cette pathologie s'est développée pendant sa croissance du squelette et qu'il pourra vivre une vie normale avec cela. Le patient décrit des douleurs au-delà de 10/10 avec une inefficacité de toutes les thérapies et il a une tendance au catastrophisme"*. Il a *"insisté sur le fait de la nécessité*

d'améliorer sa qualité du sommeil pour se sentir mieux et avoir une perception moindre de la douleur".

Dans son rapport médical du 6 octobre 2021 (dossier SUVA, pièce 34), il arrive à la conclusion que le recourant *"présente (...) un syndrome douloureux chronique qui s'inscrit dans le cadre d'une scoliose, d'un syndrome d'hypermobilité articulaire et probablement de facteurs psychosociaux qui favorisent la chronicisation de la douleur et freine sa rééducation et réinsertion professionnelle"*. Il précise en outre que le recourant n'a pas suivi les séances de physiothérapie prescrites, ni l'évaluation psychologique proposée, bien qu'il lui ait *"expliqué que les séances de physiothérapie ou d'ergothérapie pourraient l'aider d'un côté à regagner de la force et endurance, ainsi que de la confiance en son corps et lutter contre de fausses croyances que l'on développe lorsque l'on a des douleurs chroniques"*. En outre, il juge utile la prescription d'un antidépresseur à but antalgique et lui a donc conseillé de consulter un psychologue parlant sa langue, cette recommandation ayant toutefois été déclinée par le recourant.

8.

Evaluation de l'état de santé dans la procédure administrative et les documents médicaux produits par les parties en procédure de recours

8.1. Le dossier médical du recourant a été soumis à la médecin-conseil de la SUVA, la Dre Q._____, spécialiste en médecine interne générale et intensive. Dans son rapport du 21 décembre 2022 (dossier SUVA, pièce 97), elle relève que la santé du recourant était déjà altérée avant l'accident en raison d'une scoliose dextro-convexe. A cet égard, elle souligne que, *"une IRM de janvier 2021 ne montre pas de signe de compression radiculaire / sténose du canal rachidien et n'explique pas totalement la symptomatologie présentée par l'assuré. A savoir que des facteurs extra-médicaux peuvent participer au tableau (au chômage au moment des faits, ne parle pas le français, très centré sur sa douleur, refuse une partie des thérapies, dont la physio, le soutien psychologique, les antidépresseurs)"*.

Elle a ensuite précisé que *"l'assuré n'a pas répondu à 2 téléphones (20 et 21.12.2022) et n'a pas répondu à un mail (20.12.2022). Dans ce contexte, [elle] renonce à un assessment à L._____, en p[r]ésence d'une pathologie claire du rachis, antérieure aux 2 événements traumatiques (24.11.2021 et 04.02.2022) et avec un bilan radiologique sans lésion ostéo-articulaire structurelle traumatique le 05.02.2022"*.

Elle conclut que *"les événements du 24.11.2021 et du 04.02.2022 ont transitoirement aggravé une atteinte préexistante"* et qu'à partir du 5 février 2022, date à laquelle le scanner cervical a été réalisé, les suites de l'accident du 24 novembre 2021 ne jouent plus aucun rôle au degré de la vraisemblance prépondérante, *"en l'absence de lésion ostéo-ligamentaire structurelle traumatique et de contusion osseuse et/ou des tissus mous (hématome)"*.

8.2. Sur la base de cette appréciation, la SUVA a rendu une décision initiale le 11 janvier 2023, dans laquelle elle annonçait mettre un terme aux prestations au 31 janvier 2023 (dossier SUVA, pièce 107).

L'assureur-maladie du recourant a, dans un premier temps, contesté cette décision en formant opposition, puis, après examen du dossier, a retiré celle-ci par courrier du 8 mars 2023 (dossier SUVA, pièces 109 et 113).

Dans son opposition du 22 janvier 2023 (dossier SUVA, pièce 108), le recourant a affirmé qu'avant l'accident du 24 novembre 2021, il n'avait jamais ressenti de douleurs à la nuque. Il a ajouté que depuis l'accident du 4 février 2022, il souffrait de douleurs à la tête et au dos. Il a enfin déclaré vouloir aller à l'assessment proposé par la SUVA en février et a prétendu qu'il avait déjà envie de s'y rendre à ce moment-là.

8.3. Entre temps, le recourant a déposé une "*déclaration de rechute*" en relation avec l'événement du 4 février 2022. Par courrier du 22 mai 2023, la SUVA a refusé toute prestation au motif qu'il n'y avait aucun lien de causalité vraisemblable entre cet événement ainsi que les troubles de céphalées, nuchalgies et lombalgies (bordereau du recourant, pièce 3).

8.4. La SUVA a rejeté l'opposition du recourant et confirmé sa décision initiale par décision du 7 juin 2023 (dossier SUVA, pièce 114).

A réception de cette décision, le médecin traitant a rédigé un courrier daté du 28 juin 2023, dans lequel il exprime son désaccord avec celle-ci, relevant notamment que "*l'accident du 4 février 2022 lui [= le recourant] a provoqué des cervicalgies et des céphalées clairement non en lien avec les douleurs rachialgies de la scoliose*" (bordereau du recourant, pièce 4).

8.5. Dans le cadre de la procédure de recours, la SUVA a transmis, à l'appui de ses observations du 17 août 2023, une nouvelle appréciation médicale du 14 août 2023 établie par sa médecin-conseil, la Dre Q._____.

Revenant sur l'entier du dossier médical du recourant, et notamment les rapports médicaux antérieurs et postérieurs aux accidents des 24 novembre 2021 et 4 février 2022, la spécialiste interne est parvenue à la conclusion que la chute du 24 novembre 2021 "*n'a engendré que tout au plus une contusion du rachis*", compte tenu du scanner cervical du 5 février 2022 ne faisant pas état de lésion ostéoligamentaire structurelle traumatique. Selon elle, cet événement peut donc être considéré comme stabilisé à cette date. Elle maintient ainsi sa position du 21 décembre 2022 (cf. consid. 8.1) en la motivant davantage et constate que "*malgré un suivi extrêmement régulier de l'assuré, par une équipe pluridisciplinaire (médecin traitant, chiropraticien, chirurgien du dos, médecin du sport, médecin urgentiste) depuis le 12.02.2021 (selon le dossier en [sa] possession) et avec 14 consultations en 28 mois, soit une moyenne de 1 consultation tous les 2 mois, l'assuré n'a présenté aucune amélioration de son état, celui-ci s'étant même dégradé avec le temps*". Concernant la cervicalgie, elle relève que la chiropraticienne avait déjà identifié des limitations du rachis cervical dans toutes les directions au sein de son rapport du 6 avril 2021. En outre, elle note une incohérence; dans son rapport du 27 mai 2021, le Dr P._____ avait relevé que "*la position debout statique est de 10 minutes maximum, assise un peu plus*". Pourtant, le recourant a été victime du second accident lorsqu'il revenait de Lausanne, soit à une distance de 54 km de son domicile, ce qui nécessite en moyenne 43 minutes en voiture. Ce trajet en position assise serait alors incompatible avec les plaintes du recourant. Elle soutient finalement que l'assessment "*avait pour but d'aider l'assuré à reprendre confiance en lui et à lui permettre de se projeter dans le futur, mais n'était en aucun cas nécessaire pour statuer, l'assuré étant suivi de manière très régulière*".

8.6. Le 20 novembre 2023, le recourant, par le biais de son mandataire, a produit un rapport médical du Dr R._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, daté du 11 septembre 2023. Il ressort de ce document qu'il est suivi par ce psychiatre depuis le 24 août 2023 "*en raison d'un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (F43.21 selon CIM-10) survenue dans le contexte d'une évolution peu favorable d'atteinte subie à sa colonne cervicale lors de*

l'accident de voiture sur l'autoroute le 04.02.2022". Le psychiatre relève en outre "la probabilité d'une (sic) syndrome postcommotionnel (F07.2 selon CIM-10)" et que "le patient présente des atteintes de registre anxieux, dépressif et cognitifs avec irritabilité affectif, fatigue anhédonie (= perte de la capacité à ressentir le plaisir) et douleurs à la tête et à la colonne cervicale. (...) Avec ces médicaments, le patient [a] ressentie une légère atténuation de ses souffrances dépressives mais souffre toujours des douleurs cervicales malgré son traitement antalgique (...)". Il soutient que *"son affection psychique est une conséquence directe de son accident, son cas doit être pris en charge par CNA/SUVA"*.

9.

Discussion

9.1. Lien de causalité

9.1.1. La SUVA a mis un terme aux prestations liées à la chute du 24 novembre 2021 en se ralliant à l'avis de sa médecin d'assurance et retenant que l'accident du 24 novembre 2021 avait temporairement aggravé une atteinte préexistante et qu'il avait cessé de déployer ses effets à partir du 5 février 2022 au plus tard. Elle a toutefois renoncé au remboursement des prestations octroyées depuis cette date et a fixé la fin des versements au 31 janvier 2023.

Pour parvenir à cette conclusion, la SUVA, respectivement la médecin d'assurance, a tenu compte du fait que le recourant était déjà suivi par H. _____ pour des lombalgies et dorsalgies chroniques dans le contexte d'une scoliose dextro-convexe antérieure à cet accident. Elle semble sous-entendre que les diagnostics de déconditionnement physique global et focal ainsi que le syndrome d'hypermobilité retenus par les praticiens peuvent être à l'origine des troubles persistants du recourant. Au vu des clichés des 24 novembre 2021 et 5 février 2022, elle arrive à la conclusion que les deux accidents successifs n'auraient entraîné aucune lésion ostéoligamentaire structurelle.

L'appréciation du 21 décembre 2022 de la médecin d'assurance, sur laquelle s'est fondée la SUVA pour rendre sa décision, a été complétée le 14 août 2023 au stade de l'échange d'écritures. En substance, la médecin a maintenu sa position initiale en la motivant de manière plus approfondie. Il y a lieu de tenir compte de cette seconde appréciation, sous réserve des considérations en lien avec l'événement du 4 février 2022, exclu de l'objet du litige (cf. consid. 5).

9.1.2. Après analyse des rapports médicaux résumés ci-dessus, il apparaît que le recourant souffre toujours de lombalgies, cervicalgies, céphalées, d'un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée et d'un probable syndrome post-commotionnel.

Les troubles psychiques précités ont été diagnostiqués par le psychiatre du recourant, le Dr R. _____, qui les a attribués à l'accident de voiture survenu le 4 février 2022 (cf. consid. 8.6). Ils ne sont dès lors pas en relation de causalité avec la chute du 24 novembre 2021 et leur éventuelle prise en charge par l'assurance-accidents fera l'objet d'une décision subséquente. Il en va de même des céphalées chroniques dont le recourant prétend qu'elles constitueraient des séquelles de l'accident routier (cf. opposition du 22 janvier 2023 et mémoire de recours, allégué 9).

Partant, le reproche du recourant envers la SUVA de ne pas avoir mené d'investigation concernant les céphalées et le syndrome post-traumatique doit être écarté, bien qu'il faille reconnaître que le dépôt du recours a probablement déclenché l'ouverture d'une procédure distincte pour l'accident du 4 février 2022.

9.1.3. S'agissant des problèmes de dos de recourant, l'assureur-accidents a accepté de prêter temporairement pour ceux-ci, admettant que la chute de novembre 2021 avait aggravé de manière passagère un état maladif préexistant. Il a toutefois considéré que cet événement avait cessé de déployer ses effets à partir du 5 février 2022 au plus tard.

Le recourant conteste cette appréciation et affirme n'avoir jamais ressenti de douleurs à la nuque avant la survenance de la chute dans les escaliers du 24 novembre 2021 (cf. opposition du 22 janvier 2023 et mémoire de recours, allégué 9).

Cette version est peu crédible, comme le démontrent les observations faites par la chiropractienne, selon lesquelles toutes les amplitudes de mouvement des cervicales étaient déjà douloureuses en avril 2021 (cf. consid. 7.2). En outre, même si la Dre F. _____ mentionne l'existence de douleurs en région cervicale dans son rapport de consultation daté du jour de l'accident, elle retient seulement le diagnostic de contusions dorso-lombaires en lien avec la chute (cf. consid. 6.1).

Le médecin traitant, quant à lui, modifie ses constatations au fil de la procédure, ce qui tend à affaiblir sa position. Dans son rapport initial (dossier SUVA, pièce 23), il mentionne que le recourant a seulement souffert de contusions dorso-lombaires L5-S1 en lien avec la chute. Ensuite, dans un rapport intermédiaire daté du 30 septembre 2022, il retient une contusion à l'épaule droite et des contusions cervicales qui auraient été aggravées par l'accident de février 2022 (cf. rapport médical intermédiaire du 30 septembre 2022, dossier SUVA, pièce 71), pour finalement affirmer que c'est l'accident du 4 février 2022 qui aurait provoqués les cervicalgies (cf. courrier du 28 juin 2023, bordereau du recourant, pièce 4).

Toujours est-il que l'examen du dossier médical démontre qu'avant la survenance de ces accidents, le recourant souffrait déjà d'intenses douleurs cervicales et dorsales en raison d'une scoliose dextro-convexe découverte en octobre 2020, majorée par un déconditionnement physique global, un syndrome d'hypermobilité articulaire et divers facteurs non somatiques (cf. consid. 7). Dans ce cadre, le recourant était suivi de manière régulière par de nombreux praticiens pluridisciplinaires (médecin traitant, chiropraticien, chirurgien du dos, médecin du sport, médecin urgentiste), à tout le moins, dès le 11 janvier 2021. Au chômage depuis juillet 2020, le recourant était focalisé sur sa douleur et refusait une partie des thérapies dont la physiothérapie, le soutien psychologique et les antidépresseurs, ce qu'a rappelé avec raison la médecin d'assurance. Ces faits ont été relatés par le Dr P. _____, ajoutant que celui-là avait une propension à dramatiser sa situation (cf. consid. 7.3). N'en déplaise au recourant, ces éléments doivent être pris en considération dans l'examen de la question litigieuse afin de saisir l'impact de son état maladif antérieur sur ses atteintes actuelles. Le reproche fait à la médecin d'assurance d'avoir tenu compte de ces considérations s'avère donc infondé.

Ce contexte dégénératif global et l'absence de lésion traumatique des os ou des ligaments, révélée par les radiographies de la colonne vertébrale réalisées le jour-même de la chute et par le scanner cervical du 5 février 2022, suggèrent, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les atteintes au niveau du dos résultent davantage d'un processus dégénératif que d'un événement accidentel n'ayant entraîné que de simples contusions.

L'autorité intimée était dès lors fondée à retenir que l'accident du 24 novembre 2021 avait seulement aggravé de manière passagère l'état de santé préexistant du recourant.

9.1.4. Comme exposé ci-avant (consid. 2.3), en présence d'une telle aggravation, il est nécessaire de déterminer si, et cas échéant à quel moment, l'état de santé du recourant serait parvenu à un stade qu'il aurait de toute façon atteint selon l'évolution ordinaire de la maladie, c'est-à-dire sans la survenance de l'accident par suite d'un développement ordinaire ("*statu quo sine*"). Rappelons que c'est à partir de ce moment-là que l'assureur-accidents est libéré de son obligation de verser des prestations pour les suites de cet événement.

Les constatations du médecin traitant ne sont pas suffisantes pour admettre la prise en charge du cas par l'assureur-accidents au-delà du 31 janvier 2023. Celui-là ne se prononce en effet pas sur l'impact de l'état maladif préexistant sur les atteintes à la santé, ni même sur les raisons qui empêcheraient de retenir que l'événement traumatique ponctuel de novembre 2021 aurait cessé de déployer ses effets sur les troubles persistants.

Il convient plutôt d'adopter la position convaincante de la médecin d'assurance, selon laquelle l'accident du 24 novembre 2021 n'a plus d'incidence sur l'état de santé du recourant à la date du scanner cervical réalisé le 5 février 2022, en l'absence de blessure osseuse ou ligamentaire traumatique. Cela revient à dire que cette date marque le moment où l'état maladif antérieur du recourant a atteint un stade qu'il aurait normalement atteint selon l'évolution ordinaire de la maladie (*statu quo sine*). En d'autres termes, les atteintes à la santé du recourant ne se trouvent plus en lien de causalité naturelle avec l'événement de novembre 2021 au-delà du 5 février 2022.

Cette appréciation peut être entièrement suivie, dans la mesure où elle est étayée par des éléments factuels du dossier, notamment par la faible gravité des contusions dorso-lombaires relevées par l'ensemble du corps médical après la chute.

Etant donné le contexte dégénératif et l'absence de lésion osseuse et ligamentaire traumatique, il n'y avait pas lieu d'ordonner la mise en œuvre d'une expertise complémentaire, cela d'autant moins au vu de la fiabilité et la pertinence des conclusions de la médecin d'assurance relatives au premier accident, après prises en compte desquelles il ne saurait, en l'espèce, plus subsister de doute, fût-il à tout le moins léger, en faveur des thèses du recourant.

9.1.5. Il découle de ce qui précède que l'on peut tout au plus reconnaître la responsabilité de l'assureur-accidents pour les deux mois et demi pendant lesquels les douleurs causées par l'état dégénératif général du dos se sont aggravées sous forme de contusions.

Or, la SUVA est allée au-delà de cette obligation, en acceptant de prendre en charge à bien plaisir l'évolution de l'état dégénératif du recourant jusqu'au 31 janvier 2023, renonçant ainsi au remboursement des prestations octroyées depuis le 5 février 2022, bien qu'à partir de cette date, la chute de novembre 2021 avait déjà cessé de déployer ses effets.

On peut imaginer qu'elle a continué à prester parce que, entretemps, son assuré avait été victime d'un second accident ayant eu pour effet de prolonger son incapacité de travail, question qui sera traitée dans une nouvelle décision.

Quoi qu'il en soit, c'est à bon droit que la SUVA a mis un terme aux prestations de l'assurance-accidents en relation avec le premier événement, avec effet au 31 janvier 2023.

9.2. *Devoir de renseigner*

9.2.1. Dans un autre grief, le recourant soulève que l'autorité aurait manqué à son devoir de renseigner en omettant de lui faire part du contenu, de la portée et de l'utilité de l'assessment proposé en décembre 2022. A son sens, il appartenait à la SUVA de le convoquer pour lui fournir des explications sur cet examen, au vu de sa réponse qui démontrerait clairement qu'il n'avait pas compris le contenu de la proposition.

Même si la médecin d'assurance a faussement indiqué une absence de réponse de la part du recourant dans son appréciation initiale, alors que celui-ci avait précisément refusé d'y participer, ce refus n'a pas eu d'incidence notable sur son droit aux prestations en lien avec la chute survenue en novembre 2021. En effet, le dossier du recourant était suffisamment fourni en rapports médicaux pour permettre à la spécialiste interne de se prononcer sur les conséquences de cet accident sans nécessiter d'examen complémentaire. De plus, cette proposition s'inscrivait dans un but social, la médecin d'assurance ayant précisé souhaiter aider le recourant à retrouver sa confiance en lui et à se projeter dans l'avenir. En fin de compte, ce n'est pas cet élément spécifique qui a conduit l'autorité intimée à cesser les prestations relatives aux suites du premier accident, comme cela a été démontré précédemment (cf. consid. 9.1).

Le refus de se rendre à l'assessment proposé ne constituait ainsi pas un motif pouvant mettre en péril le droit aux prestations du recourant. Conformément à la jurisprudence précitée (cf. consid. 4.2), l'assureur-accidents n'était donc pas tenu de le renseigner davantage sous l'angle de l'art. 27 LPGA.

9.2.2. A toutes fins utiles, le recourant ne saurait se prévaloir du fait qu'il ne maîtriserait pas la langue française pour reprocher à l'autorité intimée une violation de son devoir de renseigner, celui-ci ayant expressément indiqué parler et comprendre le français (cf. consid. 6.4).

De même, le fait que son téléphone aurait été hors d'état de fonctionner ne lui est d'aucun secours.

Pour toutes ces raisons, le grief du recourant doit être rejeté.

10.

Sort du recours frais et dépens

10.1. Au vu de tout ce qui précède, le recours s'avère infondé, dans ses conclusions principales comme dans ses conclusions subsidiaires, et doit être rejeté.

Partant, la décision sur opposition du 7 juin 2023 est confirmée.

10.2. Il n'est pas perçu de frais de justice en application du principe de la gratuité de la procédure valant en la matière (art. 61 let. f^{bis} LPGA).

10.3. Selon le principe de causalité, les frais inutiles doivent être acquittés par celui qui les a occasionnés (ATF 125 V 373 consid. 2b; arrêt TF 8C_672/2020 du 15 avril 2021 consid. 5 et les références citées).

Dans le cadre de la procédure devant l'autorité intimée et de la procédure actuelle, le recourant a soulevé qu'il aurait aussi droit à des prestations pour le second accident survenu le 4 février 2022. Il a dû, par sécurité déjà, rédiger des écritures en lien avec cet événement puisque la SUVA a indiqué

vouloir refuser de prêter pour celui-ci dans un courrier ne respectant pas les exigences formelles d'une décision, courrier transmis deux semaines avant le prononcé de la décision attaquée.

Au stade de l'échange d'écritures dans la présente procédure, la SUVA a toutefois annoncé qu'une procédure avait en fin de compte été ouverte en lien avec le second accident, au terme de laquelle une décision sujette à opposition sera rendue.

Il se justifie dès lors de mettre une indemnité de partie à charge de la SUVA, le mémoire de recours ayant vraisemblablement déclenché l'ouverture de cette nouvelle procédure.

C'est sans aucun doute l'autorité intimée qui a contraint le recourant de prendre des conclusions relatives au second accident, quand bien même la décision attaquée se rapportait seulement à la fin du versement des prestations relatives au premier accident. Cette situation exceptionnelle justifie l'octroi d'une indemnité de dépens en faveur du recourant, même si celui-ci n'obtient pas gain de cause sur le fond.

Pour déterminer le montant de cette indemnité, il y a lieu de tenir compte de l'importance et de la relative complexité de la procédure, ainsi que de la pratique de la Cour dans des cas semblables. Par conséquent, l'indemnité de partie est fixée *ex aequo et bono* à CHF 1'500.- (débours et TVA compris) et mise intégralement à la charge de l'autorité intimée.

11.

Assistance judiciaire et dépens

Reste à statuer sur la requête d'assistance judiciaire gratuite pour la procédure de recours.

11.1. Selon l'art. 61 let. f LPGA, le droit de se faire assister par un conseil doit être garanti; lorsque les circonstances le justifient, l'assistance judiciaire gratuite est accordée au recourant.

L'art. 137 al. 1 du code fribourgeois du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative (CPJA; RSF 150.1) prévoit qu'en cas de recours devant une autorité statuant en dernière instance cantonale, l'autorité de la juridiction administrative alloue, sur requête, à la partie qui obtient gain de cause une indemnité pour les frais nécessaires qu'elle a engagés pour la défense de ses intérêts.

Aux termes de l'art. 142 CPJA, a droit à l'assistance judiciaire la partie qui ne dispose pas des 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 pas accordée lorsque la procédure paraît d'emblée vouée à l'échec (al. 2). L'assistance est retirée lorsque les conditions de son octroi disparaissent en cours de procédure (al. 3).

11.2. Dans le cas d'espèce, le recourant allègue qu'il est sans revenu et que sa femme, au bénéfice d'indemnités de la SUVA, s'acquitte seule de l'ensemble des dépenses de la famille. L'on ne saurait faire supporter les frais de la procédure à cette dernière, dans la mesure où son revenu mensuel moyen de CHF 5'130.- permet tout juste d'honorer les dépenses de la famille, celle-ci ne disposant en outre d'aucune fortune et faisant même l'objet de poursuites pour plus de CHF 8'000.-. L'indigence du recourant paraît dès lors suffisamment établie, sans nécessiter de plus amples démonstrations.

Par ailleurs, on ne pouvait affirmer que le recours semblait totalement dépourvu de chances de succès pour un plaideur raisonnable, bien que celles-ci se sont révélés très limitées lors de l'examen approfondi de la cause sur le fond.

L'on peut enfin considérer que la complexité de l'affaire justifiait l'assistance d'un avocat devant le Tribunal cantonal.

11.3. Il s'ensuit que la requête d'assistance judiciaire est admise et Me Alexis Overney est désigné comme défenseur d'office.

Compte tenu de la liste de frais détaillée produite par Me Alexis Overney le 20 novembre 2023, il est justifié de fixer l'indemnité due à ce dernier en tant que défenseur d'office à CHF 1'769.40 d'honoraires, soit 9.83 heures (9 heures et 49 minutes) au tarif horaire de CHF 180.- (art. 12 al. 1^{bis} du Tarif du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative [Tarif/JA; RSF 150.12]) plus CHF 80.- de débours fixés *ex aequo et bono*, étant rappelé que la fixation à forfait des débours, valable en matière civile, ne correspond pas aux exigences du Tarif/JA, plus CHF 142.40 de TVA à 7.7% (sur CHF 1'849.40), moins le montant de l'indemnité de partie fixée à CHF 1'500.- (cf. consid. 10.3), soit à un total de CHF 491.80.

Cette indemnité est mise à la charge de l'État de Fribourg et sera versée directement à Me Alexis Overney, étant rappelé qu'en vertu de l'art. 145b al. 3 CPJA, la collectivité publique peut exiger du bénéficiaire de l'assistance judiciaire qu'il rembourse ses prestations s'il revient à meilleure fortune.

(dispositif en page suivante)

la Cour arrête :

- I. Le recours (605 2023 138) est rejeté.
Partant, la décision sur opposition du 7 juin 2023 est confirmée.
- II. La requête d'assistance judiciaire (605 2020 139) est admise.
- III. Une indemnité de partie de CHF 1'500.- (débours et TVA compris) est allouée au recourant en mains de son mandataire et mise intégralement à la charge de l'autorité intimée.
- IV. L'indemnité allouée à Me Alexis Overney en sa qualité de défenseur d'office est fixée à CHF 491.80, dont CHF 80.- de débours et CHF 142.40 au titre de la TVA (7.7%). Elle est mise à la charge de l'État de Fribourg.
- V. 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 21 juin 2024/tch

Le Président

La Greffière