



**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 195

605 2024 50

Arrêt du 20 août 2024

1^e Cour des assurances sociales

Composition

Président :

Marc Boivin

Juges :

Marc Sugnaux, Stéphanie Colella

Greffière :

Tania Chenaux

Parties

A. _____, recourant

contre

SUVA, autorité intimée

Objet

Assurance-accidents – lien de causalité – contusions dorsales

Recours du 18 octobre 2023 contre la décision sur opposition du
19 septembre 2023

Requête d'assistance judiciaire partielle du 23 février 2024

considérant en fait

A. A. _____, né en 1963, a effectué une mission du 20 avril au 3 mai 2022 comme plâtrier au sein d'une entreprise de peinture par l'intermédiaire d'une agence de placement temporaire. A ce titre, il était assuré auprès de la SUVA contre les accidents professionnels et non professionnels ainsi que contre les maladies professionnelles.

Le 2 mai 2022, il a été victime d'un accident de travail lorsqu'il portait un sac en montant un escalier. Il a glissé sur un tube au sol et est tombé en arrière sur deux marches, ce qui lui a causé une contusion à la colonne cervicale et lombaire ainsi qu'au coude droit.

Ce cas a été annoncé à la SUVA qui l'a pris en charge. L'assuré a bénéficié des indemnités journalières dès le 5 mai 2022.

A la suite de cet accident, il a ressenti des douleurs généralisées, qui, selon ses déclarations, étaient encore présentes au niveau lombaire en juin 2023.

B. Par décision du 18 juillet 2023, confirmée sur opposition le 19 septembre 2023, la SUVA s'est référée à l'appréciation médicale de son médecin d'assurance et à la jurisprudence fédérale pour retenir que, en l'absence de lésion structurelle imputable à l'accident, les troubles persistants ne sont plus liés à cet événement plus d'un an après celui-ci. Elle a donc mis fin à son obligation de prester avec effet au 18 juillet 2023.

C. Le 18 octobre 2023, A. _____ interjette recours auprès du Tribunal cantonal, concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision sur opposition et à l'octroi des prestations d'assurance au-delà du 18 juillet 2023. Il reproche à la SUVA d'avoir considéré que les troubles lombaires résultant de l'accident du 2 mai 2022 ne sont plus en lien de causalité avec ceux qu'il ressent encore aujourd'hui. Il estime que ces atteintes ne se seraient pas manifestées sans la survenance de l'accident, même s'il souffre de troubles mineurs préexistants au niveau de sa colonne lombaire. Il annonce par ailleurs qu'il transmettra ultérieurement les rapports de ses médecins traitants affirmant leur désaccord avec l'avis du médecin d'assurance.

Le 10 novembre 2023, le recourant a produit un certificat médical de son médecin traitant daté du 8 novembre 2023, qui atteste de la persistance des douleurs, empêchant non seulement la reprise de sa précédente activité professionnelle mais aussi de tout poste sédentaire prolongé, en dépit de la poursuite du traitement médical.

Le recourant fait également référence à une nouvelle hospitalisation qui aurait eu lieu au début du mois de septembre 2023.

D. Dans ses observations du 29 novembre 2023, la SUVA conclut au rejet du recours et soutient que l'avis du médecin traitant ne saurait remettre en question les conclusions du médecin d'assurance, celui-là se limitant à rapporter la chronologie des traitements et des plaintes du recourant, sans mentionner explicitement de lien entre les atteintes et l'accident du 2 mai 2022.

Le 2 février 2024, le recourant a déposé ses contre-observations, dans lesquelles il conteste les observations de la SUVA et maintient ses conclusions. Il produit un nouveau rapport de son médecin traitant daté du 10 janvier 2024 et soutient que ce document ainsi que les précédents démontrent de manière convaincante le lien de causalité naturelle et adéquate entre ses troubles persistants et

la chute. En outre, il met en cause la valeur probante de l'appréciation du médecin d'assurance, en arguant que ce dernier n'a pas procédé à un examen de sa personne et manque d'indépendance, étant rémunéré par l'assurance.

Par courrier du 15 février 2024, la SUVA maintient sa position et renonce à déposer d'ultimes remarques, estimant que le recourant n'a allégué aucun élément nouveau.

Le 23 février 2024, le recourant a finalement déposé une demande d'assistance judiciaire partielle visant à ce qu'il soit exonéré des frais de procédure.

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, 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).

En cas de lombalgies et lombosciatalgies, la jurisprudence admet qu'un accident a pu décompenser des troubles dégénératifs préexistants au niveau de la colonne lombaire, auparavant asymptomatiques. En l'absence d'une fracture ou d'une autre lésion structurelle d'origine accidentelle, elle considère toutefois que selon l'expérience médicale, le *statu quo sine* est atteint, au degré de la vraisemblance prépondérante, en règle générale après six à neuf mois, au plus tard après une année. Il n'en va différemment que si l'accident a entraîné une péjoration déterminante, ce qui doit être établi par des moyens radiologiques et se distinguer d'une évolution ordinaire liée à l'âge (arrêt TF 8C_315/2023 du 9 janvier 2024 consid. 6.1 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.

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 et la référence citée).

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 LPGA (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 LPGA, 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.

Objet du litige

Est, en l'espèce, litigieux le droit du recourant à la poursuite du versement des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 18 juillet 2023.

Le recourant soutient que les atteintes qui subsistent après cette date restent liées à la chute survenue le 2 mai 2022.

Selon la SUVA, les atteintes persistantes ne sont, au contraire, plus en relation de causalité avec l'accident plus d'une année après celui-ci, en l'absence de lésion structurelle d'origine traumatique.

Pour répondre à la question litigieuse, il est nécessaire d'identifier ces atteintes et le contexte de leur apparition (consid. 5 et 6), puis d'examiner si un lien de causalité avec la chute du 2 mai 2022 peut être retenu au-delà du 18 juillet 2023 (consid. 7).

5.

Situation médicale post-accident

5.1. Le 2 mai 2022, le recourant a glissé sur un tube au sol et est tombé sur le dos, le coude et la nuque dans les escaliers, durant son activité temporaire de plâtrier qui avait débuté le 20 avril 2022. Il a pris le bus pour rejoindre la ville puis a été amené par une amie à la permanence médicale de B._____ (cf. questionnaire de la SUVA, rempli par le recourant, daté du 22 décembre 2022, doc. 33)

Il a été pris en charge le jour-même de l'accident par le Dr C._____, spécialiste en médecine interne générale, qui a diagnostiqué une contusion au niveau de la colonne cervicale et lombaire ainsi que du coude droit. Il relève que le recourant a rapporté avoir subi une brève perte de connaissance et des vertiges post-chute. La radiographie réalisée au niveau du rachis lombaire et du coude droit ainsi que le CT cervical et du coude n'ont rien montré de particulier et n'ont pas mis en évidence de blessure osseuse. Le médecin précité l'a mis en arrêt de travail pendant huit jours (cf. rapport du 2 juin 2022 établi par le Dr C._____, doc. 12).

Une radiographie du bassin et de la colonne lombaire effectuée le 9 mai 2022 a révélé la présence d'une scoliose lombaire dextroconvexe, une arthrose zygapophysaire basse, une discopathie dégénérative étagée prédominant en L4-L5 et L5-S1 avec net pincement des espaces intersomatiques, ainsi qu'une ostéophytose postérieure touchant les trois dernières vertèbres lombaires et une ostéophytose antérieure L4-L5 (cf. rapport du 10 mai 2022 établi par le Dr D._____, spécialiste en radiologie, doc. 51).

5.2. Par déclaration de sinistre du 11 mai 2022 (doc. 1), l'agence de placement temporaire a annoncé le cas à la SUVA.

Le recourant est demeuré en incapacité totale de travailler depuis la survenance de la chute.

Après plusieurs sollicitations de l'assurance-accidents qui l'a finalement menacé de le sanctionner en cas de non-respect de ses instructions, il a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité le 30 décembre 2022 (cf. lettres de la SUVA adressées au recourant les 31 août 2022, 17 novembre 2022, 5 décembre 2022, doc. 20, 27 et 30)

5.3. Dans un rapport médical du 19 juin 2023 (doc. 54), le Dr E. _____, médecin traitant du recourant, a posé le diagnostic de "*traumatisme au niveau rachis lombo-sacré et bassin à la suite d'une chute d'échelle, sans lésions osseuses mais contractures musculaires ++++*". Il mentionne sous le point "*évolution*" la "*persistance [d']algies lombaires avec contractures, moins intenses mais encore invalidantes*" et cite un isolement social, un syndrome dépressif et un début de diabète type II comme circonstances susceptibles de nuire au processus de guérison. Le traitement médical a inclus de la physiothérapie complétée par la prescription d'antalgiques de palier II, d'anti-inflammatoires non stéroïdiens et d'un antidépresseur. Le médecin n'a fourni aucune indication dans la section relative à la reprise du travail mais a répondu par la négative à la question de savoir s'il fallait s'attendre à ce qu'un dommage demeure.

5.4. Le dossier médical a été soumis au médecin-conseil de la SUVA, le Dr F. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Après avoir examiné l'ensemble du dossier médical du recourant, notamment les rapports médicaux postérieurs à l'accident, le médecin d'assurance conclut, en vertu de la littérature médicale, que les conséquences d'une contusion, à défaut de lésion structurelle documentée, doivent être considérées comme complètement guéries plus d'un an après l'événement (cf. appréciation médicale du 10 juillet 2023, doc. 56).

Sur la base de cet avis médical rédigé entièrement en allemand, la SUVA a annoncé, dans sa décision initiale du 18 juillet 2023, mettre fin aux prestations dès ce jour, soit un an et deux mois et demi après l'accident (doc. 64).

5.5. Le 21 juillet 2023, le recourant s'est opposé oralement à cette décision. Il explique qu'avant l'accident, il ne ressentait des douleurs qu'après un effort intense, lesquelles disparaissaient rapidement après une nuit de repos. Actuellement, il ne peut toujours pas travailler, étant incapable de se baisser ou de fournir des efforts physiques. Bien que la situation s'améliore lentement, les douleurs dorsales persistent. En raison de la hauteur considérable de la chute, la guérison serait difficile. Il demande la prise en charge de son cas pendant encore quelques mois afin de poursuivre son traitement médical et de retrouver sa capacité de travail (cf. procès-verbal d'opposition du 21 juillet 2023, établi par la SUVA, doc. 68).

La SUVA a rejeté l'opposition et confirmé sa décision initiale par décision du 19 septembre 2023 (doc. 78).

5.6. Le recourant aurait, après cela, été hospitalisé du 4 au 9 septembre 2023, à la suite d'un accident survenu le 4 septembre 2023, sans que de plus amples détails ne figurent sur les diverses pièces médicales au dossier (cf. avis d'hospitalisation du 5 septembre 2023 et certificat du 8 septembre 2023 établi par le Dr G. _____, médecin assistant à l'hôpital H. _____, doc. 76 et 97).

La SUVA a refusé de prendre en charge cette hospitalisation au motif qu'elle avait mis un terme aux prestations en lien avec l'accident du mois de mai 2022 avec effet au 18 juillet 2023 (cf. courriel de la SUVA du 7 septembre 2023 adressé à l'hôpital H. _____, doc. 76).

L'incapacité de travail aurait perduré, à tout le moins, jusqu'au 15 septembre 2023 (cf. certificat établi par le Dr G. _____ précité, doc. 97).

6.

Rapports médicaux produits en cours de procédure de recours

6.1. Au stade de la procédure de recours, le recourant a transmis un premier rapport médical de son médecin traitant daté du 8 novembre 2023. Ce dernier mentionne que *"le patient a fait une chute sur le dos d'une échelle qui a provoqué un traumatisme au niveau rachis lombo-sacré et du bassin"* et que *"le bilan initial aux urgences n'a pas retrouvé de lésions osseuses"*. Il explique que le recourant *"est venu en consultation au cabinet pour des algies sévères liées à des contractures musculaires avec des hématomes se situant au niveau lombo-sacré. L'intensité des douleurs le limitait dans ses déplacements et étaient source de troubles du sommeil"*. Il décrit le traitement médical prescrit et affirme que, *"actuellement, le pat[i]ent présente toujours des douleur[s] lombaires en barre esse[n]tiellement lors de changement de position malgré la poursuite de son traitement médical sans signe déficitaire sensitivo-moteur"*. Par conséquent, la reprise de sa précédente activité professionnelle ou d'un poste sédentaire de manière prolongée n'est, selon lui, pas possible, et la poursuite de la physiothérapie se révèle encore nécessaire.

Le rapport n'évoque, cela étant, aucun nouvel événement accidentel survenu au début du mois de septembre 2023.

6.2. A l'appui de ses contre-observations, le recourant a produit un autre rapport médical de son médecin traitant daté du 10 janvier 2024, dans lequel celui-ci constate qu'il présente encore *"des douleurs lombaires en barre tolérable en position assise mais provoquant des difficultés lors de changement de position comme se lever de sa chaise"*. Il note que *"le patient marque un temps d'arrêt avant de pouvoir se mettre debout complètement lié à des contractures musculaires. Ces algies sont constatées lors de la mobilisation du patient dans chaque plan de l'espace"*. Il considère que *"le siège des rachialgies évoquées se situe au même niveau que lors de la première consultation du 9.05.2022. Avant l'accident le patient ne présentait aucune douleur ni difficulté pour se déplacer. Le tableau actue[l] est lié à l'accident"*. Il conclut en affirmant que le recourant *"ne peut actuellement reprendre son activité antérieure"*.

Là encore, il ne figure aucune indication relative à un événement accidentel plus récent.

7.

Discussion sur la causalité

7.1. Il ressort des pièces médicales précitées que le médecin d'assurance et le médecin traitant du recourant sont les seuls à s'être prononcés sur l'existence d'un lien de causalité entre la chute survenue en mai 2022 et les troubles persistants au-delà du 18 juillet 2023.

Dans son appréciation médicale du 10 juillet 2023, sur laquelle est fondée la décision attaquée, le médecin d'assurance souligne que, ni les examens radiologiques réalisés au niveau des lombaires,

ni le scanner des cervicales et du coude, n'ont mis en évidence de lésion structurelle causée par l'accident.

Bien que la chute en arrière sur deux marches d'escaliers puisse sembler impressionnante, notamment au regard de la brève perte de connaissance rapportée par le recourant, elle n'a entraîné qu'une contusion aux cervicales, aux lombaires et au coude droit, accompagnée d'une importante contracture musculaire.

Ceci suggère que l'accident n'a pas été particulièrement violent, d'autant moins que, après celui-ci, le recourant a été capable de prendre le bus seul pour se rendre en ville, avant qu'une amie ne le conduise à la permanence médicale de B._____.

7.2. Malgré un suivi en physiothérapie et la prescription d'antalgiques et d'anti-inflammatoires de palier II, le recourant souffre encore de lombalgies, selon le dernier rapport du 10 janvier 2024 établi par son médecin traitant. Ce dernier estime que les troubles actuels demeurent liés à la chute puisque le recourant ne ressentait aucune douleur ni difficulté pour se déplacer avant l'accident.

Cependant, cette constatation est erronée, le recourant ayant reconnu expressément avoir déjà ressenti des douleurs lombaires après un effort physique intense, précisant qu'elles disparaissaient rapidement après une nuit de repos (cf. consid. 5.5).

Même si les douleurs étaient apparues seulement après l'accident, ce qui laisserait entendre que celui-ci a pu en être le déclencheur (raisonnement du type "*post hoc, ergo propter hoc*"), cela ne suffirait pas pour admettre qu'un lien de causalité demeure entre les plaintes actuelles et la chute au regard de la jurisprudence précitée (cf. consid. 2.2).

C'est pourtant sur la base d'un tel raisonnement implicite que semblent reposer les conclusions du médecin traitant, affaiblissant ainsi fortement une thèse, au demeurant fondée, comme il a été dit, sur des constatations inexactes.

7.3. Comme relevé à juste titre par le médecin d'assurance, les examens radiologiques ont mis en évidence un état dégénératif préexistant chez le recourant.

7.3.1. La radiographie lombaire réalisée une semaine après l'accident a en effet révélé la présence d'une scoliose lombaire dextroconvexe (= orientée vers la droite), une arthrose zygapophysaire basse (= dégénérescence des articulations facettaires dans la région lombaire), une discopathie dégénérative étagée (= dégénérescence des disques intervertébraux à plusieurs niveaux) prédominant en L4-L5 et L5-S1 avec net pincement des espaces intersomatiques (= réduction de l'espace entre les vertèbres, indiquant une usure importante des disques), ainsi qu'une ostéophytose postérieure (= formation d'excroissances osseuses à l'arrière des vertèbres) touchant les trois dernières vertèbres lombaires et une ostéophytose antérieure L4-L5.

De l'avis de la Cour, en l'absence de fracture ou de toute autre atteinte structurelle et accidentelle, les atteintes dégénératives mentionnées ci-dessus expliquent, au degré de la vraisemblance prépondérante, pourquoi le recourant souffre encore de lombalgies plus d'un an après l'accident.

7.3.2. C'est d'ailleurs ce que laisse clairement entendre le médecin d'assurance lorsqu'il signale la présence de ces troubles dégénératifs, avant de mentionner que, selon la littérature médicale étendue sur ce sujet, l'on ne peut admettre un lien de causalité entre une contusion et des douleurs perdurant sur une longue période ("*Radiologisch konnten mehretagere degenerative*

Veränderungen dokumentiert werden. Gemäss der umfangreichen Literatur, welche hier nur auszugsweise wiedergegeben wird, kann kein kausaler Zusammenhang zwischen einer Kontusion und während längerer Zeit persistierenden Beschwerden hergestellt werden").

7.3.3. Le médecin traitant du recourant, pour sa part, n'a pas mentionné la présence de ces troubles maladiés préexistants, ni abordé la question de leur impact sur les plaintes actuelles du recourant.

Il n'a pas davantage évoqué la survenance d'un nouvel événement accidentel, lequel n'a apparemment pas été annoncé à l'assurance-accidents.

Dans les rapports médicaux produits en cours de procédure de recours, le médecin traitant se contente de décrire les plaintes actuelles et les traitements prescrits depuis l'accident, avant de soutenir le raisonnement du type "*post hoc, ergo propter hoc*" précité (cf. consid. 7.2), qui ne constitue, pour rappel, pas un moyen de preuve suffisant pour retenir un lien de causalité naturelle entre les atteintes persistantes et l'accident, au degré de la vraisemblance prépondérante requis en matière d'assurance-accidents.

Ses rapports médicaux ne contiennent ainsi aucun argument susceptible de susciter un doute, à tout le moins léger, à l'encontre de l'appréciation du médecin d'assurance.

7.4. Contrairement à ce que soutient le recourant, l'indépendance du médecin d'assurance ne saurait être remise en cause par le simple fait qu'il est rétribué par la SUVA.

Comme dit précédemment (cf. consid. 3.3), la jurisprudence estime que ce seul lien ne suffit pas à remettre en question la valeur probante d'une appréciation d'un médecin d'assurance, ni à soupçonner une quelconque prévention envers l'assuré, à moins de circonstances particulières.

Le fait que le médecin d'assurance n'ait pas examiné personnellement le recourant n'est pas non plus pertinent, dans la mesure où son appréciation repose sur une analyse complète du dossier médical, y compris les scanners, les radiographies et les rapports des autres médecins qui ont eux-mêmes procédé à un examen personnel du recourant.

Prenant en considération les plaintes exprimées par celui-ci et comportant des conclusions dûment motivées, l'appréciation du médecin d'assurance est en tous points conforme aux réquisits jurisprudentiels. Une pleine valeur probante doit donc lui être reconnue.

En l'absence de circonstances particulières justifiant des doutes quant à l'impartialité de cette évaluation, les critiques du recourant à son égard se révèlent infondées.

7.5. Par conséquent, il convient de suivre l'avis convaincant du médecin d'assurance, qui se fonde sur la littérature médicale, pour retenir que les séquelles d'une contusion lombaire n'ayant engendré aucune blessure structurelle sont guéries plus d'un an après l'événement accidentel.

Cette position est par ailleurs conforme à la jurisprudence fédérale, qui s'appuie elle aussi sur l'expérience médicale, pour considérer que, en règle générale, s'agissant de lombalgies, à défaut de fracture ou lésion structurelle, le *statu quo sine* est atteint après six à neuf mois, au plus tard après un an, sauf si une péjoration significative est démontrée radiologiquement et se distingue de l'évolution ordinaire liée à l'âge (cf. consid. 2.3).

Or, en l'espèce, il n'y a pas lieu de s'écarter de cette présomption, en l'absence d'examen radiologique démontrant que l'accident aurait causé une dégradation notable de l'état de santé du

recourant, qui se distinguerait d'une évolution normale liée aux troubles dégénératifs découverts peu après l'événement.

7.6. Il convient encore de noter que les circonstances de l'espèce diffèrent de celles qui prévalaient dans l'arrêt TF 8C_315/2023 du 9 janvier 2024 et qui ont conduit le Tribunal fédéral à admettre partiellement le recours.

Cette affaire concernait un assuré ayant chuté dans les escaliers le 24 août 2021 et souffert depuis lors d'une hernie discale et de lombosciatalgies. La SUVA avait retenu, sur la base d'une appréciation d'un médecin d'assurance, que les troubles subsistants au-delà du 1^{er} novembre 2021 n'étaient plus en lien avec l'accident.

Le Tribunal fédéral avait au contraire considéré que, faute d'explications médicales circonstanciées, l'avis du médecin d'assurance n'était pas probant pour établir la disparition du lien de causalité à peine plus de deux mois après la chute, soulignant que la jurisprudence considère que le *statu quo sine* est généralement atteint entre six à neuf mois suivant l'accident, au plus tard après un an.

Or, dans le cas présent, en fixant la cessation du lien de causalité plus d'un an après l'événement accidentel, le médecin d'assurance s'est conformé à la présomption admise par la jurisprudence en matière de contusions lombaires, selon laquelle après une année au plus, l'état de santé parvient à un stade qu'il aurait de toute façon atteint selon l'évolution ordinaire des troubles dégénératifs.

Il n'y a dès lors pas lieu de s'écarter de l'appréciation motivée et convaincante du médecin d'assurance.

7.7. Après prise en compte des conclusions de ce dernier, il ne saurait plus subsister de doute, fût-il à tout le moins léger, en faveur des thèses du recourant.

Il est inutile de procéder à l'administration de mesures probatoires supplémentaires, comme l'aurait souhaité le recourant.

C'est dès lors à bon droit que la SUVA s'est fondée sur la jurisprudence précitée et l'appréciation du médecin d'assurance pour mettre un terme aux prestations plus d'une année après l'accident.

7.8. Concernant l'hospitalisation du 4 au 9 septembre 2023, qui aurait été consécutive à un nouvel accident, le recourant est invité à déclarer ce sinistre, ce qu'il ne paraît pas encore avoir fait.

Après quoi, la SUVA envisagera de la suite formelle à donner à cette nouvelle annonce.

8.

Sort du recours, frais et dépens

8.1. Au vu de tout ce qui précède, le recours, mal fondé, est rejeté et la décision sur opposition du 19 septembre 2023 est confirmée.

8.2. 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). Sous cet angle par ailleurs, la requête d'assistance judiciaire partielle s'avère sans objet.

8.3. Le recours étant rejeté, il n'est pas alloué de dépens au recourant, par ailleurs non représenté par un mandataire professionnel.

la Cour arrête :

- I. Le recours (605 2023 195) est rejeté.
Partant, la décision sur opposition du 19 septembre 2023 est confirmée.
- II. Il n'est pas perçu de frais de justice, ni alloué de dépens.
- III. La requête d'assistance judiciaire partielle (605 2024 50) est sans objet.
- 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 20 août 2024/tch

Le Président

La Greffière