

# FR\_GERICHTE 605 2015 252 vom 11. November 2016

FR Kantonsgericht, 2016-11-11, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_605\\_2015\\_252](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2015_252)

FR: FR\_GERICHTE 605 2015 252 du 11 novembre 2016

IT: FR\_GERICHTE 605 2015 252 del 11 novembre 2016

## Regeste

Arrêt de la Ie Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal | Unfallversicherung

## Erwägungen

### E. 1

Interjeté en temps utile et dans les formes légales par un assuré directement touché par la décision attaquée, le recours est recevable.

### E. 2

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 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. a) 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). Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (statu quo ante ou statu quo sine) sur le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (arrêt TF U 220/02 du 6 août 2003 consid. 2.3). b) Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérant, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Toutefois, la seule possibilité que l'accident

Tribunal cantonal TC Page 4 de 10 soit en lien de causalité ne suffit pas pour fonder le droit aux prestations (RAMA 1997 p. 167 consid. 1a; ATF 119 V 335 consid. 1, 118 V 286 consid. 1b et les références). En particulier, le principe « après l'accident, donc à cause de l'accident » (« post hoc, ergo propter hoc ») ne saurait être considéré comme un moyen de preuve et ne permet pas d'établir un lien de causalité naturelle au degré de la vraisemblance prépondérante exigé en matière d'assurance- accidents (ATF 119 V 341, consid. 2b/bb).

### **E. 3**

a) L'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (art. 16 al. 1 LAA). Le droit naît le troisième jour qui suit celui de l'accident; il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA). En la matière, le degré de l'incapacité de travail doit être fixé sur la base de la profession exercée jusqu'alors, aussi longtemps qu'on ne peut raisonnablement exiger de l'assuré qu'il mette à profit sa capacité de travail résiduelle dans une autre branche professionnelle (obligation de diminuer le dommage). Si une activité de substitution est exigible, un laps de temps suffisant compris entre trois et cinq mois doit alors être imparti à l'assuré pour lui permettre de retrouver un emploi adapté à son état de santé. A l'issue de ce délai, le droit à l'indemnité journalière dépend de l'existence d'une perte de gain éventuelle imputable au risque assuré. Celle-ci se détermine par la différence entre le revenu qui pourrait être obtenu sans la survenance de l'éventualité assurée dans la profession exercée jusqu'ici et le revenu qui est obtenu ou pourrait raisonnablement être réalisé dans la nouvelle profession. La perte de gain chiffrée en pour cent donne ainsi le taux de l'incapacité de travail résiduelle (arrêt TF 8C\_251/2012 du 27 août 2012 consid. 2). b) Les conditions du droit à la prise en charge des frais de traitement médical diffèrent selon que l'assuré est ou n'est pas au bénéfice d'une rente (ATF 116 V 45 consid. 3b). Selon l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. Ce droit s'étend à toutes les mesures qui visent une amélioration de l'état de santé ou à éviter une péjoration de cet état. Il s'agit d'éliminer de la manière la plus complète possible les atteintes à la santé physique ou psychique. La preuve que la mesure envisagée est de nature à améliorer l'état de santé doit être établie avec une vraisemblance suffisante; celle-ci est donnée dès que l'on peut admettre que le traitement envisagé ne représente pas seulement une possibilité lointaine d'amélioration (arrêt TF 8C\_112/2014 du 23 janvier 2015 consid. 2.1). Cependant, ce droit au traitement médical cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1, 2ème phrase, LAA). Lorsque la rente a été fixée, les prestations pour soins et remboursement de frais (art. 10 à 13 LAA) sont accordées à son bénéficiaire aux conditions énumérées à l'art. 21 al. 1 LAA, à savoir: lorsqu'il souffre d'une maladie professionnelle (let. a); lorsqu'il souffre d'une rechute ou de séquelles tardives et que des mesures médicales amélioreraient notablement sa capacité de gain ou empêcheraient une notable diminution de celle-ci (let. b); lorsqu'il a besoin de manière durable d'un traitement et de soins pour conserver sa capacité résiduelle de gain (let. c); lorsqu'il présente une incapacité de gain et que des mesures médicales amélioreraient notablement son état de santé ou empêcheraient que celui-ci ne subisse une notable détérioration (let. d). c) Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme; le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA).

Tribunal cantonal TC Page 5 de 10 Ce qu'il faut entendre par "sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré" n'est pas décrit par le texte de la disposition légale. Eu égard au fait que l'assurance-accidents sociale vise, selon sa conception même, les personnes exerçant une activité lucrative (cf. art. 1a et 4 LAA), cette notion est définie notamment par la mesure de l'amélioration attendue de la capacité de travail ou celle de sa reprise, pour autant que celle-là ait été influencée par un accident (ATF 134 V 109 consid. 4.3). Cette disposition délimite du point de vue temporel le droit au traitement médical et le droit à une rente d'invalidité, le moment déterminant étant celui auquel l'état de santé peut être considéré comme relativement stabilisé. Il ne suffit donc pas que le traitement médical laisse présager une amélioration de peu d'importance (cf. ATF 134 V 109 consid. 4.3; RAMA 2005 p. 366), ou qu'une amélioration sensible ne puisse être envisagée dans un avenir incertain (arrêts TF U 305/03 du 31 août 2004 et U 89/95 du 21 novembre 1995; MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2e éd. 1989, p. 274). d) Selon l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. L'art. 16 LPGA dispose que, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. En règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence). En ce qui concerne le revenu d'invalidité, l'on ne saurait se fonder simplement sur le travail que l'assuré a effectivement fourni après l'accident et sur le gain qu'il a ainsi réalisé. Le critère décisif est de savoir quel est le gain que l'assuré est capable de réaliser en dépit des séquelles accidentelles et en faisant les efforts exigibles (RAMA 1993 n° U 168 p. 97 consid. 3b). Selon la pratique en vigueur, l'appréciation par le médecin de la question de savoir jusqu'à quel point la capacité de rendement de l'assuré est limitée par suite de l'accident revêt ici une grande importance, notamment pour ce qui est du rendement au travail encore exigible (ATF 115 V 133 consid. 2, 114 V 310). Il convient en effet d'évaluer le revenu que l'assuré pourrait encore réaliser dans une activité adaptée avant tout en fonction de la situation concrète dans laquelle il se trouve.

#### **E. 4**

a) Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doivent considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4e éd., 1984, p. 136; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2e éd., p. 278 ch. 5). 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).

Tribunal cantonal TC Page 6 de 10 De manière plus 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 319 et les références citées). b) 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. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. 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 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157). En outre, lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 122 V 157 consid. 1c et les références). A cet égard, 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). Enfin, l'on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (arrêt TF 9C\_201/2007 du 29 janvier 2008).

## **E. 5**

Est dans un premier temps litigieuse la question de la causalité naturelle entre l'accident du 23 août 2013 et les atteintes dont se plaint le recourant, en particulier les douleurs alléguées au niveau du membre inférieur gauche (aine, hanche et bassin), des lombaires et du coude droit. Il convient de se référer au dossier et, plus particulièrement, aux rapports médicaux qui y figurent. a) Dans la décision litigieuse, la CNA considère que l'accident a aggravé de manière passagère l'état antérieur du rachis lombaire et qu'il a totalement cessé de déployer ses effets dans les six à neuf mois qui ont suivi. Elle se fonde principalement sur l'avis de ses médecins d'arrondissement. Le Dr C. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie et en médecine physique et réadaptation, affirme qu'un "statu quo" peut être envisagé "6-9 mois [...] maximum après l'événement originel car il s'agit d'une décompensation passagère d'un état dégénératif de la colonne lombaire préexistant" (dossier CNA, pièce 110). Pour sa part,

le Dr D. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, soutient qu'en "l'absence de

Tribunal cantonal TC Page 7 de 10 lésion structurelle du rachis lombaire démontrée à l'imagerie et imputable à la chute [...] et en présence d'un état dégénératif sévère du rachis lombaire, on doit considérer que cette chute a aggravé de manière passagère l'état antérieur du rachis lombaire et qu'elle a totalement cessé de déployer ses effets dans les 6 à 9 mois qui ont suivi" (dossier CNA, pièce 127). En tant que spécialistes FMH en la matière, les médecins d'arrondissement ont les connaissances requises pour donner leur avis. Ayant déjà eu la possibilité de statuer à plusieurs reprises dans le dossier, le Dr C. \_\_\_\_\_ avait en outre une connaissance du cas sur la durée sans, pour autant, que son avis ne soit influencé par le lien de confiance inhérent au mandat thérapeutique. Pour la rédaction de leurs rapports, les médecins d'arrondissement se sont essentiellement fondés sur le dossier médical, lequel comprenait notamment les avis des médecins de l'assuré ainsi que les radiographies. S'appuyant sur ces éléments, les médecins expliquent – simplement mais sans équivoque aucune – leurs positions respectives. Celles-ci sont dès lors convaincantes. Au demeurant, on ne peut pas déduire autre chose des rapports des médecins consultés par le recourant. Le Dr E. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale, affirme que le recourant souffrait déjà, avant l'accident, de troubles au rachis lombaire, lequel était cependant asymptotique. Il diagnostique donc une "lombosciatalgie bilatérale de type claudication neurogène". Ce diagnostic s'appuie sur une IRM lombaire du 12 novembre 2013 (cf. dossier CNA, pièce 24) qui "met en évidence une discopathie dégénérative L4-L5 péjorée par une arthrose interfaccettaire hypertrophique et le spondylolisthésis. Le bourrelet discal lamine focalement le sac dural. [...] on constate la présence d'un canal lombaire étroit". Le médecin relève dès lors qu'il "s'agit ici d'une décompensation post-traumatique d'une arthrose préexistante" (dossier CNA, pièces 39 et 47). Pour leurs parts, les Drs F. \_\_\_\_\_ et G. \_\_\_\_\_, tous deux spécialistes FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, évoquent aussi des "lombalgies chroniques sur instabilité L4-L5 [...] sur arthrose facettaire [...]" (dossier CNA, pièce 96). Cette dernière atteinte signalée est une maladie dégénérative et non de nature accidentelle. Ces médecins admettent dès lors que le canal étroit et la discopathie s'immiscent dans un processus dégénératif et préexistent à l'accident du 23 août 2013. Les autres médecins n'examinent pas explicitement l'origine des troubles lombaires. Par exemple, le Dr H. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale, se contente de faire état de "lombalgies" ou de "douleurs lombaires", tout en précisant que celles-ci sont "difficiles à comprendre et à prendre en charge" (dossier CNA, pièces 18, 19, 33, 48, 64, 86 et 132). Le Dr I. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie, n'a été consulté que pour les douleurs au coude (dossier CNA, pièce 107). Enfin, on ne saurait suivre les opinions personnelles de J. \_\_\_\_\_, ostéopathe, K. \_\_\_\_\_, naturopathe, et L. \_\_\_\_\_, physiothérapeute pour la raison essentielle qu'ils ne sont pas médecins et qu'au demeurant, en tant que thérapeute, ils s'expriment probablement dans un sens favorable à leur client. Il ressort de ce qui précède que l'accident a causé une aggravation temporaire d'un état auparavant asymptotique, il a toutefois totalement cessé de déployer ses effets dans les six à neuf mois qui l'ont suivi.

Tribunal cantonal TC Page 8 de 10 Sur le plan dorso-lombaire, le "statu quo sine" était donc atteint le 31 mars 2015 lorsque la CNA a supprimé les prestations d'assurance. Elle était ainsi en droit de le faire b) La CNA considère que les douleurs au membre inférieur gauche découlent des lombalgies, ce que le recourant conteste vivement. Cette thèse est d'abord

émise par le Dr E. \_\_\_\_\_ qui retient la présence de "lombosciatalgies", soit une lombalgie avec irradiation dans les membres inférieurs (cf. dossier CNA, pièces 39 et 47). Le généraliste affirme dès lors que les douleurs au membre inférieur sont liées aux troubles lombaires via le nerf sciatique (qui part des vertèbres lombaires jusqu'au pied). Pour leurs parts, les Drs F. \_\_\_\_\_ et G. \_\_\_\_\_ soutiennent que leur patient "présente de fortes douleurs lombaires avec irradiations des douleurs dans les jambes bilatéral" (dossier CNA, pièce 96). Ce constat se retrouve dans leur diagnostic de "canal spinal étroit", pathologie reconnue comme cause de douleurs aux jambes et de restriction de la marche (JEANNERET/JEANNERET, Le canal spinal lombaire étroit in Swiss Medical Forum n° 39 du 25 septembre 2002 p. 922ss; site: <http://medicalforum.ch/>). Enfin, quand bien même il ne l'indique pas expressément dans ses rapports, le Dr H. \_\_\_\_\_ semble également d'avis que les douleurs au membre inférieur sont causées par une irradiation des troubles lombaires dans les jambes. On peut en effet partir de l'idée que le médecin a informé le physiothérapeute auquel il a adressé son patient des affections qui touchent celui-ci. Or, le praticien affirme que son client a "des douleurs irradiées à l'aîne sur un rétrécissement des muscles adducteurs et psoas du membre inférieur gauche en conséquence de sa douleur lombaire" (rapport du 19 juillet 2015, annexe au recours). Dans leurs rapports antérieurs à la décision litigieuse, les autres médecins ne retiennent pas de diagnostics indépendants au membre inférieur gauche (dossier CNA, pièces 33, 48, 64, 86 et 127). Malgré cela, le recourant a produit spontanément divers avis médicaux à l'appui de ses écritures. Il s'agit notamment des avis du Dr M. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et du Dr N. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurochirurgie. Le premier fait état de "douleurs d'origine mixte rachidienne et de la hanche gauche". Il indique qu'une "IRM de la hanche gauche a été effectuée au mois de juin 2016, montrant une lésion labrale étendue et déjà une apparition de kystes sous-chondraux au niveau du toit de l'acétabulum" (rapport du 12 juillet 2016). Pour sa part, outre des lombalgies, le second diagnostique une "lésion du labrum". Il affirme que "les douleurs semblaient assez liées aux douleurs lombaires cependant avec une composante nocturne, une composante dans le lit, des difficultés de mouvements de la hanche. [...] L'anamnèse plaide plutôt en faveur d'un problème de hanche" (rapport du 4 août 2016). En substance, ces deux médecins laissent clairement entendre que les douleurs au membre inférieur gauche ont une origine mixte, tant au niveau des lombaires que de la hanche. Leurs rapports ne se fondent cependant pas sur l'entier du dossier assécurologique. Le Dr N. \_\_\_\_\_ précise à cet égard que son patient était venu "malheureusement avec un dossier radiologique partiel". Les médecins n'avaient dès lors pleine connaissance ni de l'anamnèse ni du contexte médical. Cela rend leur appréciation peu convaincante. Ces rapports sont en outre postérieurs de plus d'un an à la décision litigieuse. Or, le moment où a été rendue la décision litigieuse délimite l'état de fait déterminant permettant d'examiner la légalité

Tribunal cantonal TC Page 9 de 10 de l'acte attaqué (cf. ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 et 129 V 1 consid. 1.2). Dans la mesure où ils relatent une situation postérieure à cette décision, qui plus est sur des bases incomplètes, ces rapports ne peuvent pas être pris en considération. Au vu de l'ensemble de ce qui précède, il est ainsi bien plus probable que les douleurs au niveau du membre inférieur gauche soient liées aux lombalgies. Or, comme indiqué ci-avant, sur le plan dorso-lombaire, le "statu quo sine" était atteint à la date à laquelle la CNA a supprimé les prestations d'assurance le 31 mars 2015. c) Pour ce qui est de la dernière atteinte signalée, située au niveau du coude droit, la CNA admet sa responsabilité de principe. Elle fonde néanmoins son refus de prise en charge sur l'absence

d'incapacité de travail, question entièrement indépendante de celle de la causalité. Le Dr O.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin d'agence, a été spécifiquement interrogé sur ce dernier point. Dans son rapport du 17 août 2015, il indique ce qui suit: "Die Fragen der Administration können dahingehend beantwortet werden, dass gemäss den Angaben im Bericht von [Dr H.\_\_\_\_\_] und im Bericht der Physiotherapeutin vom 16.01.2015 keine Allodynie im Bereich des rechten Ellbogens mehr vorliegt. Im Februar und März 2015 wurden durch Dr H.\_\_\_\_\_ Verordnungen zum Weiterführen der Physiotherapie ausgestellt, eingegangen bei der Suva am 29.07 respektiv 07.08.2015. Jedoch finden sich keine Hinweise, dass diese Symptomatik eine Arbeitsunfähigkeit begründen würde" (dossier CNA, pièce 137). En substance, il affirme que l'état du coude est stabilisé depuis le mois de janvier 2015 et qu'il n'existe aucune incapacité de travail en lien avec celui-ci. Ces conclusions sont corroborées par d'autres pièces du dossier. Dans son courrier du 20 juillet 2015, le Dr H.\_\_\_\_\_ souligne que depuis janvier 2015 "il me semble que le coude [...] ne soit plus le problème principal". A l'appui de cette affirmation, il joint un rapport de l'ergothérapeute P.\_\_\_\_\_, daté du 16 janvier 2015, laquelle précise que son client "ne présente plus d'allodynie [...] mais il persiste une zone hyposensible". Selon elle, "cette évolution est normale car on retrouve souvent une hypoesthésie sous le territoire allodynique" (dossier CNA, pièce 132). Au demeurant, le recourant admet expressément que le coude droit n'est plus un problème. Dans son recours du 29 octobre 2015, il indique qu'il "est clair que le problème principal n'était pas le coude droit mais bien l'handicap de l'aine, l'entrejambe et des tensions s'y rattachant [...]. Concernant le coude, il est toujours très sensible, l'appui sur une table pour manger, l'appui sur n'importe quel[le] barrière de protection ou autre, accoudoir de la voiture, et la nuit, si je me retourne, cela me réveille". Dans ses contre-observations du 22 février 2016, il ajoute que "le coude, à l'heure actuelle devient gentiment plus ou moins normal, reste sensible". Une telle "sensibilité" n'est pas synonyme d'incapacité de travail. Cela n'est pas contesté. La fin des prestations se justifie ainsi également sous cet angle, concernant l'atteinte au coude droit.

## **E. 6**

Il résulte de tout ce qui précède que les troubles sur le plan dorso-lombaire, qui se propagent en direction de l'aine, ne sont plus en lien de causalité avec l'accident du 23 août 2013.

Tribunal cantonal TC Page 10 de 10 Pour sa part, l'état du coude droit est stabilisé depuis janvier 2013 et ne génère plus d'incapacité de travail. C'est dès lors à juste titre que la CNA a mis fin aux prestations d'assurance le 31 mars 2015. Dans la mesure où le dossier médical a permis de trancher le présent litige, il n'est pas nécessaire de donner suite aux diverses réquisitions de preuve du recourant, en particulier de procéder à des auditions de témoins. La décision querellée ne peut ainsi qu'être confirmée, et le recours doit être rejeté. La procédure étant gratuite en matière d'assurance-accidents, il n'est pas perçu de frais de justice. la Cour arrête: I. Le recours est rejeté. II. Il n'est pas perçu de frais de justice. III. Communication. 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 11 novembre 2016/pte Président Greffier

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.