

# FR\_GERICHTE 605 2023 171 vom 11. November 2024

FR Kantonsgericht, 2024-11-11, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_605\\_2023\\_171](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2023_171)

FR: FR\_GERICHTE 605 2023 171 du 11 novembre 2024

IT: FR\_GERICHTE 605 2023 171 del 11 novembre 2024

## Regeste

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

## Erwägungen

### E. 1

Recevabilité Interjeté en temps utile, compte tenu des fêtes judiciaires, et dans les formes légales auprès de l'autorité compétente selon l'art. 58 al. 1 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA; RS 832.20), par un assuré directement touché par la décision attaquée, le recours est recevable à la forme.

### E. 2

Dispositions relatives à l'assurance-accidents

#### E. 2.1

En vertu de l'art. 6 al. 1 LAA, si cette 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. Par accident au sens de cette disposition, on entend 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 (art. 4 LPGA). La notion d'accident se

Tribunal cantonal TC Page 4 de 12 décompose en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés: une atteinte dommageable, le caractère soudain de l'atteinte, le caractère involontaire de l'atteinte, le facteur extérieur de l'atteinte et, enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur. Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident (ATF 142 V 219 consid. 4.3.1; 129 V 402 consid. 2.1 et les références).

#### E. 2.2

Selon l'art. 16 al. 1 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière. L'alinéa 2 précise que le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident (1ère phrase). 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 (2ème phrase). L'indemnité journalière vise à compenser la perte de salaire découlant de l'incapacité de travail. Elle est en principe calculée de manière abstraite et allouée indépendamment de la perte de gain réellement subie par l'assuré durant la période d'incapacité de travail (voir FRÉSARD/MOSER- SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Sécurité

sociale, 3ème éd. 2016, n. 211 p. 973).

### **E. 3**

#### Rapport de causalité

##### **E. 3.1**

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). Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans le droit des assurances sociales. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 402 consid. 4.3.1; 129 V 177 consid. 3.1; 115 V 403 consid. 3). 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. 3.2**

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

Tribunal cantonal TC Page 5 de 12 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).

##### **E. 3.3**

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).

## **E. 4**

Règles relatives à l'appréciation des preuves

### **E. 4.1**

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).

### **E. 4.2**

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). Il n'existe ainsi pas, en matière d'assurances sociales, de moyen de preuve absolu; une incapacité de travail de l'assuré n'a ainsi, par exemple, pas nécessairement à être prouvée par un certificat médical. A cet égard, le Tribunal fédéral a souligné que si l'assuré démontre, au moyen d'un certificat médical clair ou éventuellement d'autres preuves appropriées ("[...] oder allenfalls durch andere geeignete Beweismittel"), que la poursuite du travail n'est plus supportable pour des raisons de santé, il faut généralement admettre une impossibilité de continuer pour des raisons de santé (cf. p. ex. arrêt TF 8C\_66/2017 du 9 juin 2017 consid. 2). 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

Tribunal cantonal TC Page 6 de 12 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).

### **E. 4.3**

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 (cf. parmi de nombreux arrêts, arrêts TF U 65/05 du 14 février 2007 consid. 2.2; 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; arrêt TF 9C\_ 548/2015 du 10 mars 2016 consid. 4.1).

### **E. 5**

Délimitation de l'objet du litige

#### **E. 5.1**

Dans son recours devant le Tribunal cantonal, le recourant ne conteste plus la fin de son droit à des prestations d'assurance six mois après l'accident du 25 août 2022 ("statu quo sine vel ante") et il ne formule plus aucune demande de prestations au-delà de cette date (recours p. 3: "Je souhaite [...] recevoir les 6 mois d'indemnités auxquelles j'ai droit"). Il ne remet pas non plus en cause le fait d'avoir perçu des indemnités journalières à hauteur de 50% du 11 au 17 octobre 2022. Ces points, tels que tranchés par la décision sur opposition, ne sont donc plus litigieux, étant précisé que des prestations d'assurance ont finalement été octroyées jusqu'au 20 mars 2023, soit au-delà de la période de six mois, mais que la SUVA a renoncé à leur remboursement dans la décision attaquée, ce qu'elle a encore confirmé dans ses observations du 29 septembre 2023.

#### **E. 5.2**

En revanche, le recourant maintient dans son recours sa conclusion, déjà formulée dans la procédure d'opposition, tendant au versement d'indemnités journalières pour la période du 18 octobre 2022 au 1er février 2023 (recours p. 2; "je n'ai pas reçu d'indemnités du 18.10.22 au 02.02.23 car j'étais sans certificat médical").

Tribunal cantonal TC Page 7 de 12 A cet égard, la Cour constate que la SUVA ne s'est pas du tout prononcée sur ce point dans la décision attaquée, motif pris que l'objet du litige devant elle était uniquement le droit aux prestations d'assurance au-delà du 20 mars 2023. Pour ce motif, elle conclut d'ailleurs à l'irrecevabilité (matérielle) du présent recours.

Cependant, la question du paiement d'indemnités journalières durant cette période faisait pourtant partie intégrante de l'objet du litige devant elle, au vu des conclusions explicites formulées par l'intéressé dans son opposition du 11 avril 2023 (opposition, p. 6: "Donc pour conclure, je souhaite recevoir les prestations auxquelles j'ai droit (du 11 octobre 2022 au 01 février 2023 [...])"). Sur ce point, contrairement à ce que semble penser la SUVA, la procédure de recours ne porte pas seulement sur les relations juridiques sur lesquelles l'autorité a effectivement pris une décision, mais également sur les relations juridiques au sujet desquelles elle a omis à tort de statuer, bien que les arguments des parties fournissaient des motifs suffisant pour le faire (cf. ATF 144 V 354 consid. 5.1 et référence citée). Partant, le Tribunal cantonal, qui dispose d'un plein pouvoir de cognition en fait, en droit et en opportunité, et applique la maxime d'office, peut entrer en matière sur cette seule question encore litigieuse, étant précisé que le dossier de la cause est complet et que la SUVA a pu se déterminer sur ce point dans le cadre de l'instruction du recours.

## **E. 6**

Question litigieuse Est litigieux, en l'espèce, le droit du recourant à des indemnités journalières pour la période du 18 octobre 2022 au 1er février 2023. Pour le recourant, qui se fonde sur l'appréciation du médecin d'assurance de la SUVA du 14 juillet 2023, des indemnités journalières auraient dû lui être versées durant cette période. Pour la SUVA, aucun versement d'indemnités ne se justifie, car l'intéressé n'a pas produit de certificat médical attestant d'une incapacité de travail durant ladite période. Pour répondre à la question litigieuse, il convient de déterminer, à la lumière du dossier médical du recourant, s'il était ou non incapable de travailler pendant la période litigieuse.

## **E. 7**

Situation médicale après l'accident

### **E. 7.1**

Le 25 août 2022, le recourant s'est retrouvé coincé entre deux containers. Le 28 août 2022, il s'est présenté aux urgences de l'Hôpital cantonal de Fribourg (HFR). Il ressort du rapport médical de cette consultation que le recourant souffre de lombalgie non déficitaire, qu'il fait état de douleurs à 7/10 en continu péjorées à l'effort, et que des douleurs lombaires droites se déclenchent lors de mouvements. Le traitement prévoit des antalgiques de palier I et un suivi chez le médecin traitant à 48 heures. Une incapacité de travail à 100% a été attestée jusqu'au 30 août 2022. Le 31 août 2022, le recourant a consulté son médecin traitant qui, à compter de cette date, a régulièrement prolongé son incapacité de travail à 100% et lui a prescrit des antalgiques et de la physiothérapie. La physiothérapie n'a toutefois pas pu être suivie en raison de douleurs trop importantes. Le 28 septembre 2022, l'intéressé a effectué une IRM de la colonne lombaire. Selon le rapport du même jour du Dr B. \_\_\_\_\_, radiologue, le bilan rachidien lombo-sacré ne révèle aucune anomalie osseuse, ostéochondrale pour les vertèbres lombaires comme pour le sacrum.

Tribunal cantonal TC Page 8 de 12 Ledit rapport relève également l'absence de tout œdème, de tout signe de traumatisme, et de tout conflit disco-radicalaire hormis une discopathie dans un stade de tout début à l'étage L5-S1 mais n'impactant pas les émergences S1 gauche droite. Le rapport précise qu'il n'y a pas de canal lombaire étroit ni d'œdème osseux éventuel vertébral. A compter du 11 octobre 2022, le médecin traitant a diminué l'incapacité de travail du recourant à 50% jusqu'au 17 octobre 2022. Dans un rapport médical intermédiaire du 14 octobre 2022, ce médecin fait état d'un diagnostic de contusion sacro-iliaque droite

avec persistance de douleurs fonctionnelles. Sous remarques, il est indiqué qu'un "avis spécialisé" lombalgique est demandé. Le 30 novembre 2022, le médecin traitant a adressé le recourant aux spécialistes de l'Hôpital cantonal de Fribourg (HFR), qui l'ont convoqué pour une consultation le 2 février 2023. Le 1er décembre 2022, la SUVA a invité le recourant à lui indiquer s'il avait retrouvé une capacité de travail à 100% à partir du 17 octobre 2022. Le même jour, le recourant a répondu par la négative, en précisant qu'il avait "toujours des douleurs" et qu'il attendait une consultation auprès d'un médecin spécialisé de l'HFR. Il a également indiqué que son médecin traitant refusait de lui délivrer des certificats médicaux à compter du 18 octobre 2022, car il estimait que cela relevait désormais du médecin spécialiste.

### **E. 7.2**

Le 2 février 2023, l'assuré a été reçu en consultation par le Prof. C. \_\_\_\_\_ et le Dr D. \_\_\_\_\_, du Team Rachis de l'HFR. Dans leur rapport du même jour, ces médecins ont posé le diagnostic de douleurs lombaires persistantes sur statuts post-traumatisme de la colonne lombaire par écrasement en août 2022, cadre discopathique dégénératif L5-S1 avec signe de Modic I débutant et suspicion de syndrome facettaire L5-S1 (= inflammation des articulations facettaires du dos) post-traumatique. Ils ont conclu que le cadre actuel parlait pour un possible déclenchement de douleurs lombaires sur syndrome facettaire post-traumatique dans un contexte de base dégénératif. Ils ont préconisé des séances de physiothérapie et une réévaluation dans deux mois. En cas de persistance des douleurs à ce moment-là, une éventuelle infiltration intra-articulaire test pourrait être envisagée. Ces praticiens ont attesté de l'incapacité de travail du recourant à 100% dès le 2 février 2023, prolongée ensuite jusqu'au 13 avril 2023, date du prochain rendez-vous.

### **E. 7.3**

Le 9 mars 2023, la SUVA a soumis le dossier du recourant à son médecin d'assurance, le Dr E. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Le dossier transmis ne contenait pas encore le rapport de consultation du 2 février 2023, adressé à la SUVA seulement le 29 juin 2023. Dans sa brève réponse du 9 mars 2023, ce praticien a indiqué que l'atteinte à la santé provoquée par l'accident était une contusion du sacrum par écrasement. À la question de savoir si la santé de la personne assurée était, au degré de la vraisemblance prépondérante, déjà altérée avant l'accident de manière asymptomatique ou de manière manifeste, ce dernier a répondu que non, que c'était "tout au plus possible". Par ailleurs, à la question de savoir, au degré de la vraisemblance prépondérante, si l'atteinte était guérie et, si oui, à partir de quand, il a répondu que les effets du sinistre s'étaient "déployés, selon la vraisemblance prépondérante, pendant 3 mois à compter du sinistre".

### **E. 7.4**

Le 7 juillet 2023, le dossier du recourant, accompagné du rapport de consultation du 2 février 2023, a été soumis une nouvelle fois au Dr E. \_\_\_\_\_.

Tribunal cantonal TC Page 9 de 12 Dans son appréciation médicale détaillée du 14 juillet 2023, ce praticien a indiqué que selon l'examen des pièces du dossier, le recourant avait présenté une contusion lombaire basse qui était, au moins au degré de la vraisemblance prépondérante, en rapport de causalité avec l'accident du 25 août 2022 et que l'examen IRM du 28 septembre 2022 n'avait pas mis en évidence de lésion structurelle, telle une fracture ou une lésion ligamentaire. Le Dr E. \_\_\_\_\_ a ensuite précisé que l'assuré était déjà atteint

d'une discopathie L5-S1 d'allure chronique et dégénérative associée à un trouble inflammatoire de type Modic 1 du plateau inférieur de L5 et du plateau supérieur de S1 associé à une possible surcharge facettaire L5-S1. A cet égard, il a précisé que l'on pouvait admettre, au stade de la vraisemblance prépondérante, que cet état antérieur dégénératif avait pu être décompensé par l'accident du 25 août 2022, entraînant une symptomatologie douloureuse "pendant six mois à compter du sinistre".

## **E. 8**

Discussion En l'espèce, la SUVA a estimé que, au vu de l'absence de certificats médicaux attestant d'une incapacité de travail entre le 18 octobre 2022 et le 1er février 2023, une telle incapacité ne pouvait, au degré de la vraisemblance prépondérante, être considérée comme établie. Toutefois, de l'avis de la Cour, une telle appréciation ne peut être suivie.

### **E. 8.1**

Tout d'abord, l'appréciation de la SUVA ne tient nullement compte des éléments du dossier médical de l'assuré relatifs à la période litigieuse, qui plaident pourtant en faveur de l'existence d'une symptomatologie douloureuse continue et incapacitante durant six mois à compter du sinistre. Ainsi, dans son rapport médical intermédiaire du 14 octobre 2022, le médecin traitant du recourant a mentionné, eu égard à l'évolution et l'état actuel (subjectif et objectif) de l'état de santé du recourant, la "persistance de douleurs fonctionnelles" et il a indiqué solliciter l'avis d'un spécialiste. Il ressort également du dossier que le recourant n'a pas pu suivre les séances de physiothérapies prescrites par son médecin traitant en raison de douleurs trop importantes. Le 31 octobre 2022, le recourant a du reste demandé à être examiné par le médecin d'assurance de la SUVA car il avait mal. De plus, dans un courriel du 1er décembre 2022 adressé à la SUVA, l'intéressé a précisé ne pas avoir pu reprendre le travail à 50% à compter du 11 octobre 2022 du fait de ses importantes douleurs. Enfin, le rapport de consultation du 2 février 2023 du Prof. C. \_\_\_\_\_ et du Dr D. \_\_\_\_\_, qui fait suite à un examen personnel de l'assuré, indique comme diagnostic principal des "douleurs lombaires persistantes" sur la colonne lombaire, en particulier sur L5-S1, et précise que le recourant se présente à leur consultation "vu la persistance des douleurs". Au terme de cette consultation, les praticiens ont immédiatement attesté une incapacité de travail à 100%, prescrit de la physiothérapie et envisagé des infiltrations si celle-ci ne suffisait pas à supprimer les douleurs. Ces éléments concordants tendent à montrer qu'aucune amélioration de l'état de santé du recourant ne s'est produite à partir du 18 octobre 2022, respectivement que le statu quo sine vel ante n'était pas rétabli entre cette date et le 2 février 2023. Au contraire, la persistance des douleurs ressenties par ce dernier et leur nature incapacitante semblent avoir perduré durant cette période, justifiant d'ailleurs la consultation spécialisée au terme de laquelle le recourant a été attesté en incapacité de travail totale.

Tribunal cantonal TC Page 10 de 12 Dans le même ordre d'idée, aucune aggravation récente des douleurs n'est signalée au moment de la consultation chez le Dr C. \_\_\_\_\_, qui viendrait à faire penser que, avant de consulter, le recourant aurait provisoirement récupéré une capacité de travail qu'il aurait totalement pu mettre à profit pour diminuer son dommage.

### **E. 8.2**

En outre, l'appréciation de la SUVA fait totalement fi, sans motivation apparente, des éléments médicaux figurant dans l'avis de son propre médecin d'assurance du 14 juillet

2023. En effet, selon le Dr E. \_\_\_\_\_, il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'accident a décompensé de façon passagère un état dégénératif et a pu entraîner des douleurs pendant six mois à compter du sinistre. Contrairement à sa première appréciation médicale du

### **E. 8.3**

A cela s'ajoute que le recourant est également parvenu à rendre vraisemblable que l'absence de certificats médicaux durant la période litigieuse n'était pas due au fait qu'il a retrouvé une capacité de travail, mais uniquement à l'absence de volonté de ses médecins traitants.

Tribunal cantonal TC Page 11 de 12 II ressort en effet du dossier qu'il a informé la SUVA a réitérées reprises qu'à compter du 18 octobre 2022, son médecin traitant refusait de lui délivrer des certificats médicaux attestant de son incapacité de travail, motif pris que cela relevait désormais de la compétence du médecin spécialiste de l'HFR chez qui il avait été adressé (cf. courriel du 1er décembre 2022; cf. ég. notices téléphonique des 8 mars 2023 et 11 septembre 2023). Sur ce point, le médecin traitant a effectivement indiqué, dans son rapport médical intermédiaire du 14 octobre 2022, qu'il sollicitait l'avis d'un spécialiste eu égard aux douleurs lombaires persistantes du recourant. Il l'a ainsi adressé à l'HFR en novembre 2022 et ne l'a ensuite, semble-t-il, plus revu en consultation. L'absence de certificats médicaux n'est ainsi pas liée à des motifs d'ordre médical dont ils ressortiraient que le médecin traitant a estimé le recourant apte à reprendre le travail, mais uniquement à la délégation de son suivi médical à un praticien spécialisé qui n'a été en mesure de l'examiner personnellement que des mois plus tard. Aucun manquement à son obligation de renseigner ne peut ainsi être reproché au recourant.

### **E. 8.4**

Au vu de ce qui précède, la Cour retient que, dans les circonstances propres au cas d'espèce – soit au vu, en particulier, des pièces médicales probantes et concordantes du dossier émanant tant des médecins du recourant que de la SUVA dénotant la persistance de douleurs durant la période litigieuse (respectivement l'absence d'amélioration de l'état de santé); du fait qu'au début de ladite période, le médecin traitant ait jugé nécessaire d'adresser l'assuré à un médecin spécialisé; qu'il ne ressort pas du dossier que le refus dudit médecin traitant d'attester d'une éventuelle incapacité de travail serait liée à l'absence de justifications médicales; et de l'entière collaboration du recourant durant ladite période – le recourant était, au degré de la vraisemblance prépondérante, en incapacité de travail totale durant la période du 18 octobre 2022 au 1er février 2023. La Cour souligne également que l'incapacité de travail partielle attestée du 11 au 17 octobre 2022 qui, rappelons-le, ne fait partie de l'objet du présent litige, n'est pas décisive en l'espèce, tant il est établi que si le recourant n'a, par la suite, pas repris le travail, c'est bien parce que l'incapacité de travail antérieure était demeurée totale.

### **E. 9**

Sort du recours et frais Le recours de l'assuré est admis et la décision sur opposition du 19 juillet 2023 est réformée en ce sens que le recourant a droit à des indemnités journalières, fondées sur une incapacité de travail totale, du 18 octobre 2022 au 1er février 2023. Elle est confirmée pour le surplus. 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. fbis LPGA). Le recourant, qui n'est pas représenté par un avocat, n'a pas droit à des dépens.

Tribunal cantonal TC Page 12 de 12 la Cour arrête : I. Le recours est admis. Partant, la décision sur opposition est réformée en ce sens que A. \_\_\_\_\_ a droit à des indemnités journalières du 18 octobre 2022 au 1er février 2023 fondées sur une incapacité de travail totale. Elle est confirmée pour le surplus. II. Il n'est pas perçu de frais de justice ni octroyé de dépens. III. 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 11 novembre 2024/mfa Le Président La Greffière-rapporteure

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