

# FR\_GERICHTE 605 2016 141 vom 7. April 2017

FR Kantonsgericht, 2017-04-07, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_605\\_2016\\_141](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2016_141)

FR: FR\_GERICHTE 605 2016 141 du 7 avril 2017

IT: FR\_GERICHTE 605 2016 141 del 7 aprile 2017

## 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 auprès de l'autorité judiciaire compétente par un assuré directement touché par la décision sur opposition attaquée et dûment représenté, 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. a) 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. Savoir s'il existe un rapport de causalité naturelle est une question de fait, généralement d'ordre médical, qui doit être résolue en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier, sans quoi le droit aux prestations fondées sur l'accident doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1; 119 V 335 consid. 1). Si l'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 de l'assuré 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) (arrêt TF 8C\_464/2014 du 17 juillet 2015 consid. 3.2 et les références). b) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.2; 125 V 456 consid. 5a et les références). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 138 V 248 consid. 4 et les références).

### E. 3

Dans le catalogue des prestations de l'assurance-accidents figurent notamment le droit au traitement médical (art. 10 et 54 LAA), le droit à l'indemnité journalière (art. 16 LAA) et le

droit à une rente d'invalidité (art. 18 et 19 LAA). a) Conformément à l'art. 10 al. 1 et 54 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident dans les limites de ce qui est exigé par le but du traitement. Le droit au traitement médical existe aussi longtemps qu'on peut en attendre une amélioration sensible de l'état de l'assuré (arrêt TF U 391/00 du 9 mai 2001 consid. 2a et la référence citée). 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.

Tribunal cantonal TC Page 4 de 11 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). Selon le Tribunal fédéral, le droit au traitement ne comprend pas toutes les mesures médicales imaginables mais uniquement celles qui, par des moyens adéquats, sont nécessaires à la guérison de l'atteinte à la santé; il s'ensuit que lesdites mesures doivent, suivant l'art. 54 LAA, se limiter à ce qui est exigé par le but du traitement (ATF 136 V 141 consid. 4.1, 109 V 43 consid. 2a). Le traitement doit non seulement être approprié, c'est-à-dire adéquat, mais également économique. L'assuré a droit à des prestations médicales tant que l'on peut attendre de la continuation du traitement une amélioration notable de son état de santé (ATF 116 V 44 consid. 2c). b) Une fois que le traitement médical d'un événement assuré a cessé, des mesures médicales ne peuvent être prises en charge qu'aux conditions de l'art. 21 LAA et seulement si l'assuré a été mis au bénéfice d'une rente. S'il n'a pas droit à une telle prestation, il appartient à l'assurance-maladie de prendre en charge le traitement. Demeure réservée l'annonce d'une rechute ou de séquelles tardives nécessitant un traitement médical (art. 11 de l'ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents [OLAA; RS 832.202]). Dans ce cas, l'assureur-accidents accordera les prestations indépendamment des conditions fixées à l'art. 21 LAA. Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même atteinte qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent. Les rechutes et les séquelles tardives se rattachent par définition à un événement accidentel. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 123 V 137 consid. 3a; 118 V 293 consid. 2c et les références). Plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve d'un rapport de causalité doivent être sévères (arrêt TF 8C\_171/2016 du 29 avril 2016 consid. 2.2 et les références). c) Par ailleurs et d'après l'art. 16 al. 1 LAA, l'assuré totalement

ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière. Selon l'al. 2 de cette disposition, le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit 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.

#### **E. 4**

a) Enfin, 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. L'art. 19 al. 1 LAA prévoit que le droit à une rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation d'un traitement médical une

Tribunal cantonal TC Page 5 de 11 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. Aux termes de l'art. 8 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 invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Il découle de la notion d'invalidité que ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée; ce sont bien plutôt les conséquences économiques de celle-ci, c'est-à-dire une incapacité de gain qui sera probablement permanente ou du moins de longue durée (ATF 127 V 294). b) 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. En ce qui concerne le revenu d'invalide, si l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité résiduelle de travail, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalide peut être évalué notamment, sur la base des données salariales publiées par l'Office fédéral de la statistique (ci-après: l'OFS). Il est également possible de recourir à une enquête menée par la CNA auprès des diverses entreprises suisses et qui a permis de réunir des données salariales concrètes pour de nombreux postes de travail faisant l'objet d'une description détaillée (ci-après : DPT) (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1).

#### **E. 5**

a) Le taux d'invalidité étant une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, et pas une notion médicale, il ne se confond donc pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 122 V 418). Toutefois, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin d'informations que seul le médecin est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou incapable de travailler (ATF 105 V 158, 114 V 314; RCC 1982, p. 36). b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves,

l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 125 V 351).

Tribunal cantonal TC Page 6 de 11 En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux 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 médicales soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351). Le simple fait que le médecin consulté soit 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 présomption à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité de son 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 en ce qui concerne l'impartialité de l'expert (ATF 122 V 157 consid. 1c et les références). 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). c) En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt TFA I 514/06 du 25 mai 2007 publié in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt TF 9C\_876/2009 du 6 juillet 2010 consid. 2.2).

## **E. 6**

a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente

s'est prononcée préalablement, d'une manière qui la lie sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé. Le juge n'entre donc pas en matière, en règle générale, sur des conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation (arrêt TF 8C\_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 1.1 et les références). Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances, l'opposition constitue une sorte de procédure de reconsidération qui confère à l'autorité ayant statué la possibilité de réexaminer sa

Tribunal cantonal TC Page 7 de 11 décision avant que le juge ne soit éventuellement saisi. Il s'agit d'un véritable «moyen juridictionnel» ou «moyen de droit». Il appartient à l'assuré de déterminer l'objet et les limites de sa contestation, l'assureur devant alors examiner l'opposition dans la mesure où sa décision est entreprise. Partant, dans la mesure où la décision n'est pas attaquée en procédure d'opposition (sur certains points) et ne fait pas l'objet d'un examen d'office, elle entre partiellement en force (arrêt du TF U 27/04 du 15 mars 2005 consid. 3.2 et les références). b) En l'espèce, par courrier du 8 février 2016, la SUVA a informé le recourant qu'elle considérait le cas comme stabilisé et a indiqué qu'elle mettait un terme à la prise en charge des soins médicaux – sous réserve de consultations de contrôle et d'un traitement de physiothérapie – et au versement des indemnités journalières avec effet au 29 février 2016. Elle l'a au surplus informé que son droit à une rente d'invalidité était en cours d'examen. Par décision du 8 mars 2016, elle s'est prononcée sur le droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Estimant qu'une activité adaptée était exigible à 100%, elle a sélectionné cinq DPT compatibles avec les limitations fonctionnelles devant être prises en considération, permettant un revenu annuel moyen de CHF 62'043.- (dossier intimée, pièce 209). En comparaison avec le revenu du recourant avant l'accident, le taux d'invalidité n'est dès lors que de 7.73% (il a par la suite été corrigé), de sorte qu'une rente d'invalidité lui a été refusée. En parallèle, elle a accordé au recourant une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10%, soit un montant de CHF 12'600.-. Le 17 mars 2016, le recourant, par l'intermédiaire du syndicat interprofessionnel Syna, a formé opposition à l'encontre de cette décision et a complété sa motivation les 28 avril et 2 mai 2016. Dans ce cadre, il s'est limité à revendiquer une rente d'invalidité, invoquant son incapacité à reprendre une quelconque activité professionnelle, même adaptée. Il n'a en revanche pas contesté la stabilisation de son état de santé ni la fin de la prise en charge du traitement médical ou du versement des indemnités journalières qui en découlent, ni même le taux de son atteinte à l'intégrité. Or, selon le système de l'assurance-accidents, le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA). Dans ces conditions et dans la mesure où il ne s'oppose qu'au seul refus d'une rente d'invalidité, force est d'admettre que le recourant avait dans un premier temps admis la stabilisation de son état de santé et accepté la fin de la prise en charge du traitement médical ainsi que du versement des indemnités journalières. La décision du 8 mars 2016 est dès lors entrée en force sur ces différents aspects. Le recourant entend tout de même remettre en cause devant la Cour de céans la stabilisation de son état de santé ainsi que la fin de la prise en charge du traitement médical et du versement des indemnités journalières qui en découlent. Il ne peut toutefois plus le faire, si bien que cette conclusion apparaît irrecevable.

## **E. 7**

janvier 2014 par le Dr E. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. aa) Face à la persistance des douleurs et aux limitations fonctionnelles constatées, le recourant a effectué un séjour à la Clinique romande de réadaptation (CRR) du 12 août au 16 septembre 2014. Le rapport de sortie du 23 septembre 2014 indique que la situation n'est alors pas stabilisée sur le plan médical mais qu'une stabilisation peut être attendue dans un délai de 3 mois. Les limitations fonctionnelles suivantes sont retenues : « activités prolongées et répétitives au-dessus du plan des épaules; activités avec le membre supérieur droit en porte-à-faux; port de charges répétés au-dessus de 10 à 15 kg » (dossier intimée pièce 108, p. 4). Enfin, sur le plan professionnel, le rapport indique que « le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité est défavorable actuellement en raison de facteurs médicaux retenus après l'accident. (...) A noter que les facteurs de mauvais pronostic de reprise sont essentiellement l'âge du patient et son absence de qualification pour pouvoir occuper un autre poste. Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles ci-dessus est a priori favorable. Dans une telle activité une capacité de travail totale est attendue » (dossier intimée pièce 108, p. 4). Les médecins de la CRR mentionnaient ainsi d'emblée un certain nombre de facteurs étrangers à l'accident, tels que l'âge et l'absence de formation professionnelle du recourant, susceptibles de compromettre sa réinsertion professionnelle. bb) Au début de l'année 2015, le Dr E. \_\_\_\_\_ a proposé une nouvelle intervention chirurgicale. La SUVA, sur l'avis de son médecin-conseil, a alors demandé un second avis médical au Dr B. \_\_\_\_\_, qui a reçu le recourant en consultation le 24 mars 2015. Ce dernier a déconseillé l'opération proposée et suggéré plutôt une infiltration à but antalgique. Sur le plan professionnel, il relevait que « vu l'activité manuelle de ce patient, il semble peu probable qu'il puisse reprendre une telle activité surtout au vu de son âge. Le but premier serait de proposer un traitement symptomatique qui lui permettrait de pouvoir dormir et de limiter les douleurs » (dossier intimée, pièce 165, p. 2). Ce spécialiste invoquait à son tour l'un de ces facteurs qui réduisaient les chances du recourant de reprendre une activité professionnelle, à savoir son âge. cc) Le 11 mai 2015, le recourant a été examiné par le médecin d'arrondissement de la SUVA, qui a confirmé que le cas n'était pas stabilisé et que la capacité de travail, même dans une activité adaptée, était pour l'heure pratiquement nulle (dossier intimée, pièce 172, p. 7). Le 29 janvier 2016, un examen médical final a été réalisé. A cette occasion, la persistance de douleurs fut constatée, mais aucune amélioration significative n'était attendue. Le Dr C. \_\_\_\_\_ a alors estimé que le cas pouvait être considéré comme stabilisé, tout en préconisant la poursuite

Tribunal cantonal TC Page 9 de 11 du traitement de physiothérapie dans un but antalgique. Sur le plan professionnel, il constatait l'impossibilité de reprise du travail habituel mais estimait qu'une activité adaptée était exigible, sous réserve des limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges de plus de 5 kg avec le membre supérieur droit, éviter mouvements de l'épaule droite au-dessus de l'horizontale et mouvements répétés de l'épaule droite (dossier intimée, pièce 202). dd) Sur la base de ce dernier avis médical, la SUVA a informé le recourant le 8 février 2016 qu'elle considérait le cas comme stabilisé et mettait un terme à la prise en charge du traitement médical et au paiement des indemnités journalières au 29 février 2016. Elle a ensuite rendu une décision formelle le 8 mars 2016, niant notamment le droit à une rente d'invalidité. A l'appui de son opposition du 17 mars 2016, le recourant a produit un nouveau rapport du Dr B. \_\_\_\_\_ du 27 avril 2016, qui relevait que « l'évolution n'est malheureusement pas favorable avec une persistance de douleurs très importantes lors de la mobilisation de l'épaule avec actuellement encore une

incapacité de travail complète à travailler pour toute activité manuelle même légère » (bordereau I recourant, pièce 3). Dans le cadre du traitement de l'opposition du recourant, le cas fut à nouveau soumis au Dr C.\_\_\_\_\_. Dans son appréciation du 13 mai 2016, ce dernier indiquait ne pas partager l'avis du Dr B.\_\_\_\_\_ et maintenait que le recourant disposait théoriquement d'une capacité de travail complète dans une activité professionnelle ménageant l'épaule droite, tout en précisant que cette appréciation ne tenait pas compte de l'âge de l'assuré ni de son absence de formation professionnelle (dossier intimée, pièce 224). Enfin, dans ses rapports des 14 septembre et 9 novembre 2016, le Dr B.\_\_\_\_\_ a confirmé la prolongation de l'incapacité de travail totale du recourant, répétant qu'aucune activité manuelle n'était exigible (bordereau II recourant, pièces 1 et 2). b) Au vu de ce qui précède, la Cour constate tout d'abord que tous les médecins qui se sont prononcés sur les perspectives professionnelles du recourant, y compris le Dr B.\_\_\_\_\_, ont mentionné des facteurs étrangers à l'accident susceptibles de compromettre son retour sur le marché du travail, en particulier son âge. L'appréciation du Dr C.\_\_\_\_\_ du 13 mai 2016 relève d'ailleurs à juste titre que l'affirmation selon laquelle une activité adaptée serait exigible ne tient précisément pas compte de l'âge de l'assuré ni de son absence de formation. A l'inverse, le Dr B.\_\_\_\_\_ se limite à nier toute perspective professionnelle de son patient, sans véritablement distinguer les causes à l'origine de ce constat. Or, seules les conséquences concrètes de l'accident du 4 février 2012 relèvent de la responsabilité de l'assureur intimé. Le fait que l'on ne puisse plus « réadapter » le recourant, trop âgé, ne saurait par ailleurs ici être pris en compte, d'autant moins que l'assurance-accidents, contrairement à l'assurance-invalidité, n'a pas pour mandat de réinsérer professionnellement ses assurés, ce type de mesures ne faisant au demeurant pas partie de son catalogue de prestations. Par ailleurs et contrairement à ce qu'affirme le recourant, le fait que le médecin d'arrondissement de la SUVA ait modifié son appréciation concernant l'exigibilité de la reprise d'une activité adaptée entre le 11 mai 2015 et le 29 janvier 2016 – soit à plus de 8 mois d'intervalle – n'a pas pour

Tribunal cantonal TC Page 10 de 11 conséquence de discréditer son avis médical. Au contraire, cette évolution semble bien plutôt s'inscrire dans le cadre de l'examen du lien de causalité adéquate entre les suites de l'accident assuré et la persistance de l'incapacité de travail alléguée par le recourant. Il semble ainsi que, compte tenu de la durée de la prise en charge du cas par l'assurance-accidents (29 mois dès l'annonce de la rechute), les conséquences de l'accident, sans gravité notable, ont bien été largement couvertes. L'incapacité de travail actuelle découle manifestement de facteurs dont l'assurance-accidents n'a pas à répondre et dont on peut désormais partir du principe qu'eux seuls compromettent la reprise d'une activité adaptée. c) La Cour estime dès lors que l'avis du Dr C.\_\_\_\_\_ s'accorde avec les faits qui ressortent du dossier et s'avère ainsi concluant. Il rejoint pour l'essentiel les avis des autres médecins ayant été appelés à se prononcer, à savoir que si les atteintes à l'épaule droite impliquent certes de tenir compte de certaines limitations fonctionnelles, une capacité de travail théorique n'en demeure pas moins entière dans une activité ainsi adaptée. Au vu de ce qui précède, une éventuelle incapacité de travail actuelle du recourant, pour autant qu'elle soit avérée, n'est manifestement plus en lien avec l'accident du 4 février 2012, à tout le moins pas sous l'angle de la causalité adéquate. Une expertise médicale visant à établir une potentielle incapacité de travail persistante et son lien de causalité naturelle avec l'accident assuré ne saurait ainsi s'avérer nécessaire. La requête de mise en œuvre d'une telle expertise doit donc être rejetée, d'autant plus qu'elle paraît également s'inscrire dans le cadre de la remise

en cause générale de la fin du droit aux autres prestations.

#### **E. 8**

Quoi qu'il en soit, c'est à bon droit que la SUVA a estimé que sa responsabilité n'était pas engagée au point d'avoir à verser une rente. Dans la mesure où les limitations fonctionnelles constatées objectivement ont été correctement prises en compte par l'autorité intimée pour fixer le revenu d'invalidé pouvant être réalisé dans une activité adaptée, son refus est justifié. Il s'ensuit le rejet du recours et la confirmation de la décision querellée. En application du principe de la gratuité prévalant en la matière, il n'est pas perçu de frais de justice. Il n'est pas non plus alloué de dépens.

Tribunal cantonal TC Page 11 de 11 la Cour arrête: I. Le recours est rejeté, dans la mesure où il est recevable. Partant, la décision sur opposition du 23 mai 2016 est confirmée. II. Il n'est pas perçu de frais de justice, ni alloué d'indemnité de partie. 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 7 avril 2017/isc Président Greffière

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