

FR_GERICHTE 605 2017 92 vom 18. September 2018

FR Kantonsgericht, 2018-09-18, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2017_92

FR: FR_GERICHTE 605 2017 92 du 18 septembre 2018

IT: FR_GERICHTE 605 2017 92 del 18 settembre 2018

Regeste

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

Volltext

Tribunal cantonal TC Kantonsgericht KG Rue des Augustins 3, case postale 1654, 1701 Fribourg T +41 26 304 15 00, F +41 26 304 15 01 www.fr.ch/tc — Pouvoir Judiciaire PJ
Gerichtsbehörden GB 605 2017 92 Arrêt du 18 septembre 2018 Ie Cour des assurances sociales Composition Président : Marc Boivin Juges : Marc Sugnaux, Yann Hofmann Greffier : Alexandre Vial Parties A. _____, recourant contre Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents SUVA, autorité intimée Objet Assurance-accidents; indemnités journalières et droit au traitement Recours du 2 mai 2017 contre la décision sur opposition du 17 mars 2017 Tribunal cantonal TC Page 2 de 11 considérant en fait A. A. _____, né en 1979, domicilié à B. _____, est au bénéfice d'une double formation de carrossier-tôlier et d'informaticien de réseau. Il a travaillé en qualité d'informaticien, d'octobre 2003 à mars 2004, auprès de l'entreprise C. _____ à D. _____. A ce titre, il était assuré contre le risque accident auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: SUVA). En date du 2 août 2004, l'assuré a fait une chute dans un escalier de son domicile. Une subluxation de l'épaule gauche avec contusions a été diagnostiquée. Cet accident a été pris en charge par la SUVA. Le 15 février 2005, l'assuré a subi une arthroscopie avec reconstruction d'une lésion postéro- inférieure et fermeture de l'intervalle des rotateurs endoscopique. En août 2005, l'assuré a chuté d'un échafaudage, ce qui a entraîné une luxation de l'épaule gauche et une distorsion de la cheville droite. B. Egalement sollicité, l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après: OAI) a pour sa part, par décision du 30 avril 2009, rejeté la demande de rente déposée par l'assuré. Il était retenu à cet égard que, s'il ne pouvait certes pas exercer son ancien métier de carrossier, il demeurerait tout de même apte à exercer, à temps plein et sans diminution de rendement, une activité de substitution adaptée. L'OAI a ainsi retenu un degré d'invalidité de 7% (dossier SUVA pce n° 176). C. Par décisions respectivement datées des 2 février et 17 novembre 2009, la SUVA a alloué une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15% à l'assuré et lui a refusé une rente d'invalidité (dossier SUVA pces n° 148 et 184). D. En juillet 2013, l'assuré a consulté son médecin traitant après la survenance d'épisodes de subluxation. La SUVA a pris en charge les frais de traitement y relatifs (dossier SUVA pce n° 188). Il a par la suite subi une nouvelle arthroscopie avec ténotomie du long chef du biceps, plastie de reconstruction du haut du sous-scapulaire et ténodèse du long chef du biceps. E. Entretemps et à compter du 1er septembre 2009 et jusqu'à son licenciement au mois de juillet 2015, l'assuré a travaillé auprès de l'entreprise E. _____ à D. _____, d'abord en tant que conseiller à la vente, puis comme adjoint du Team Leader Informatique et enfin en qualité de gérant Team Leader/Super-User. Durant toute cette période, il était assuré contre le risque accident auprès de F. _____. En date du 12 novembre 2014, Il a subi une nouvelle chute, qui a

entraîné une forte contusion de l'épaule gauche, ainsi que des contusions de la colonne cervicale et lombaire et un traumatisme crânien. Tribunal cantonal TC Page 3 de 11

F. _____ a tout d'abord accepté de prendre en charge les frais de traitement. Elle a ensuite toutefois mis un terme à la prise en charge à fin février 2016, motif pris que les troubles qui subsistaient n'étaient plus en relation avec l'accident du 12 novembre 2014 mais avec l'événement du 2 août 2004 (dossier SUVA pce n° 254). F. Par courrier du 5 avril 2016, la SUVA a quant à elle annoncé à l'assuré qu'elle reprenait le versement des indemnités journalières au 1er mars 2016 (dossier SUVA pce n° 270). Par décision du 9 février 2017, puis décision sur opposition du 17 mars 2017, elle a mis fin à la prise en charge des traitements médicaux et au versement de l'indemnité journalière avec effet au 28 février 2017, ainsi que refusé à l'assuré le droit à une rente d'invalidité. Elle a par ailleurs confirmé la fixation de l'atteinte à l'intégrité à 15% (dossier SUVA pces n° 318 et 328). G. De son côté, l'OAI a, par décision du 11 mai 2017, retenu que l'état de santé du recourant devait être considéré comme stabilisé au 2 avril 2015, qu'à cette date il pouvait reprendre son activité de chef d'équipe auprès de l'entreprise E. _____ et qu'un droit au classement est exclu. L'office lui a dès lors refusé le droit à une rente d'invalidité (dossier SUVA pce n° 340). H. En date du 2 mai 2017, A. _____ interjette recours de droit administratif à l'encontre de la décision sur opposition de la SUVA du 17 mars 2017 auprès du Tribunal cantonal. Il fait valoir que ses troubles actuels proviendraient de l'accident de 2014 et non de celui de 2004. L'assuré joint à son écriture de recours le rapport médical du 19 avril 2017 du Dr G. _____, son médecin traitant, qui a fait état d'une limitation fonctionnelle particulièrement importante et invalidante à l'épaule gauche. Invité formuler des conclusions, le recourant, par écriture du 29 juin 2017, demande l'octroi d'indemnités journalières et la prise en charge de son traitement médical. Il précise ne pas requérir de rente d'invalidité. Dans ses observations du 18 janvier 2018, la SUVA conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition attaquée. Elle précise que l'assuré n'était pas assuré contre le risque accident auprès de la SUVA au moment de la survenance de l'accident du 12 novembre 2014. Aucun autre échange d'écritures n'a été ordonné entre les parties. Il sera fait état des arguments de ces dernières, développés par elles à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants en droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige. Tribunal cantonal TC Page 4 de 11 en droit 1. Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par un assuré directement touché par la décision attaquée, le recours est recevable. 2. 2.1. En vertu de l'art. 6 al. 1 de la loi fédérale 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. Selon l'art. 4 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 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 entraîne la mort. 2.2. Les prestations d'assurance sont également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 21 al. 3 1ère phr. LAA; art. 11 de l'ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents [OLAA; RS 832.202]). D'après la jurisprudence, il y a rechute lorsqu'une atteinte présumée guérie récidive, de sorte qu'elle conduit à un traitement médical ou à une incapacité de travail. En revanche, on parle de séquelles ou de suites 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 (ATF 123 V 138 consid. 3a, 118 V 296 consid. 2c et les références citées). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. 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 118 V 296 consid. 2c et les références; RAMA 1994 n° U 206 p. 327 consid. 2). 3. 3.1. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, 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. Pour admettre l'existence d'un lien de causalité naturelle, il n'est en revanche pas nécessaire 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 (arrêt TF 8C_135/2014 du 24 février 2015 consid. 3 et les références citées; ATF 129 V 177 consid. 3.1 et 4.3). 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 Tribunal cantonal TC Page 5 de 11 conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. 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 (ibidem). La seule possibilité que l'accident 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 citées). 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). 3.2. 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 et 402 consid. 2.2; 125 V 456 consid. 5a et les références citées). L'examen du rapport de causalité adéquate est superflu lorsque, sur la base de l'appréciation médicale, le lien de causalité naturelle entre l'événement assuré et les troubles signalés n'a pas été prouvé à tout le moins selon le critère de la vraisemblance prépondérante (arrêt TF U 297/01 du 8 août 2002 consid. 3.3; ATF 119 V 335 consid. 4c). 3.3. Comme rappelé ci-avant, la responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. 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). Le droit aux prestations pour une lésion assimilée à un accident prend fin lorsque le retour à un statu quo ante ou à un statu quo sine est établi, c'est-à-dire lorsque l'état de santé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident ou à celui qui serait survenu même sans l'accident par la suite d'un développement ordinaire. De telles lésions sont assimilées à un accident aussi longtemps que leur origine malade ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, n'est pas clairement établie (cf. arrêts TF 8C_347/2013 du 18 février 2014 consid. 3.2; 8C_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 4.2; 8C_551/2007 du 8 août 2008 consid. 4.1.2; 8C_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 2). Tribunal cantonal TC Page 6 de 11 4. Dans le catalogue des prestations de l'assurance-accidents figurent notamment le droit au traitement médical, à l'indemnité journalière, à la rente d'invalidité ainsi qu'à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI). 4.1. Conformément à l'art. 10 al. 1 et à l'art. 54 LAA, l'assuré a en effet droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir notamment au traitement ambulatoire dispensé par le médecin, le dentiste ou, sur leur prescription, par le personnel paramédical ainsi que, par la suite, par le chiropraticien (let. a). Ce droit s'étant à toutes les mesures qui visent une amélioration de l'état de santé ou à éviter une péjoration de cet état. La preuve que la mesure envisagée permettra d'atteindre cet objectif doit être établie avec une vraisemblance suffisante; elle est rapportée dès que l'on peut admettre que le traitement envisagé ne représente pas seulement une possibilité lointaine d'amélioration (arrêt TF 8C_584/2009 du 2 juillet 2010 et les références citées). 4.2. Aux termes de l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière. Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident. 4.3. A teneur de 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, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite. Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. A teneur de l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. 4.4. En vertu de l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré a en outre droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité si, par suite de l'accident, il souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique. L'atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie; elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (art. 36 al. 1 de l'ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents [RS 832.202; OLAA]). 5. L'art. 19 LAA délimite, d'un point de vue temporel, le droit au traitement médical et à l'indemnité journalière, d'une part, et le droit à la rente d'invalidité et à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, d'autre part, le moment déterminant étant celui auquel l'état de santé peut être considéré comme relativement stabilisé (arrêts TF U 305/03 du 31 août 2004 consid. 4.1 et ATF 134 V 109 consid. 4.3). 5.1. Selon l'art. 19 al. 1 1ère phr. LAA, 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 l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Tribunal cantonal TC Page 7 de 11 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 (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 qu'elle ait été influencée par un accident (ATF 134 V 109 consid. 4.3 et les références citées). 5.2. Selon l'art. 19 al. 1 2ème phr. LAA, le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente. Il cesse également s'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 qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération, mais qu'aucune rente n'est allouée parce que l'assuré présente un taux d'invalidité inférieur au seuil de 10 % prévu par l'art. 18 al. 1 LAA (arrêt TF 8C_1023/2008 du 1er décembre 2009 consid. 5.2 et les références citées). 6. En ce qui concerne la preuve, le tribunal des assurances sociales 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 tribunal doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (arrêt TF 9C_189/2015 du 11 septembre 2015 consid. 5.1 et les références citées). 6.1. 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. Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes, mêmes faibles, quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPG ou une expertise judiciaire (arrêt TF 8C_622/2014 du 2 novembre 2015 consid. 3.3 et la référence citée). 6.2. 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 de l'expert 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 (arrêts TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4, 9C_55/2016 du 14 juillet 2016 consid. 3.1 et les références citées). Tribunal cantonal TC Page 8 de 11 7. En l'espèce, par décision sur opposition du 17 mars 2017, la SUVA a mis fin au droit de l'assuré au traitement médical et aux indemnités journalières avec effet au 28 février 2017 et lui a refusé le droit à une rente d'invalidité. Elle a par

ailleurs confirmé la fixation de l'atteinte à l'intégrité à 15%. La fixation de l'atteinte à l'intégrité à 15% par la décision du 9 février 2017 n'a pas été contestée par le recourant dans le cadre de la procédure d'opposition ou de la présente procédure de recours. Invité à formuler des conclusions, le recourant a par ailleurs expressément précisé ne pas requérir de rente d'invalidité. Ainsi, le litige porte exclusivement sur la question de savoir si c'est à bon droit que la SUVA a mis fin au droit de l'assuré au traitement médical et aux indemnités journalières avec effet au 28 février 2017, dans ce cas complexe où deux assureurs-accidents ont été successivement appelés à prester.

8. Pour répondre à cette question, il s'impose de trancher, dans un premier temps, celle de savoir si, au moment où la SUVA a pris sa décision, l'état de santé de l'assuré était stabilisé, ce qui relève d'une appréciation médicale de la situation.

8.1. L'assuré souffre d'une instabilité de l'épaule gauche avec luxation traitée par attelle OmoTrain®. Dans sa prise de position du 5 avril 2016, la Dresse H. _____, médecin spécialiste en neurochirurgie et médecin d'arrondissement de la SUVA, a retenu qu'« au dernier contrôle de septembre 2015 à I. _____, il persiste des douleurs et des « ressorts » malgré l'attelle OmoTrain®. Une fin de traitement était constatée. Une intervention chirurgicale ne serait pas envisageable. Une infiltration par viscosupplémentation était posée par contre pas prise en charge par les assurances. Il n'y a pas de suivi prévu. Sur la base de la documentation à disposition et l'examen de ce jour, la situation est stabilisée. Selon les rapports détaillés de l'équipe du Prof. J. _____ I. _____ et de l'IRM de l'épaule gauche, il n'y a pas d'argument en faveur d'une aggravation de la lésion au niveau de l'épaule gauche présentée depuis 2004 » (dossier SUVA pce n° 264). Dans sa prise de position du 6 février 2017, la neurochirurgienne a derechef confirmé que la situation clinique de l'assuré était stabilisée, en précisant qu'aucune sanction chirurgicale n'était prévue prochainement et qu'une prothèse de l'épaule gauche pouvait éventuellement être envisagée à long terme, « quand il a 60 ans » (dossier SUVA pce n° 316). Formellement, les prises de position de la Dresse H. _____ ne prêtent pas le flanc à la critique. En effet, elles émanent d'une spécialiste qui s'est fondée sur un dossier médical complet incluant notamment les rapports de spécialistes de I. _____ et du médecin traitant de l'assuré. Par ailleurs, la neurochirurgienne a procédé à un examen personnel de l'assuré dont elle a retranscrit l'anamnèse et les plaintes. Enfin, ses conclusions sont univoques et dûment motivées. Matériellement, les conclusions de la Dresse H. _____ sont confirmées par le Dr K. _____, médecin spécialiste en orthopédie, de I. _____. Celui-ci avait certes initialement, dans son rapport du 13 avril 2015, considéré qu'il persistait un doute sur la luxation gléno-humérale ressentie par le patient, parce que les clichés en position luxée en radiologie ne mettaient pas en évidence de perte de congruence articulaire dans cette position; il avait en effet estimé que les douleurs de son patient étaient à mettre en relation avec un trouble de la coordination musculaire de l'épaule, avait préconisé la mise en place d'une attelle proprioceptive de type OmoTrain® et la poursuite d'un traitement de physiothérapie à but de stabilisation ainsi qu'un nouveau bilan 5 mois plus tard (dossier SUVA pce n° 243, 255 p. 57). Toutefois, le 18 septembre 2015, ce même médecin a expressément constaté la persistance des douleurs et des ressorts malgré l'attelle OmoTrain®; il a précisé qu'il n'y avait rien à envisager au plan chirurgical (dossier SUVA pce n° 262 p. 27). Au demeurant, le 30 septembre 2015, la Dresse L. _____, médecin spécialiste en médecine interne, de I. _____, a fait siennes ces dernières conclusions, ainsi que souligné qu'aucun traitement chirurgical n'était envisageable et qu'aucun contrôle ne devait être prévu (dossier SUVA pce n° 247, 255 p. 20). Ces spécialistes partagent ainsi l'appréciation médicale de la Dresse

H._____. Quant au Dr G._____, médecin spécialiste en médecine générale et médecin traitant du recourant, il n'a, dans son rapport médical du 19 avril 2017, en aucune façon contesté que la situation clinique de l'assuré s'était stabilisée. Tout au contraire, puisqu'il a explicitement noté que, nonobstant les nombreux traitements entrepris, son état de santé était demeuré stationnaire depuis plusieurs mois (dossier SUVA pce n° 338; cf. également pce n° 264 p. 3 2ème par.). Pour le reste, aucune autre pièce médicale figurant au dossier ou produite par le recourant devant la Cour de céans ne vient jeter un doute, même léger, sur la fiabilité et la pertinence de l'avis de la Dresse H._____ (cf. en particulier dossier SUVA pces n° 226, 235, 238, 255, 260, 262, 274 s., 284, 290). Il sied de souligner, au surplus, que l'OAI a, dans sa décision du 11 mai 2017, également retenu que l'état de santé du recourant devait être considéré comme stabilisé au 2 avril 2015, date de la consultation auprès de I._____ (dossier SUVA pce n° 340).

8.2. Force est ainsi de constater que l'état de santé du recourant était stabilisé lorsque la SUVA a pris la décision sur opposition querellée.

9. Se pose désormais la question de la capacité de travail de l'assuré, ce qui relève également d'une appréciation médicale de la situation.

9.1. L'assuré travaillait, le jour de la survenance du premier accident, comme informaticien à C._____ et, le jour de la survenance du second accident, comme gérant chez E._____, emploi duquel il a été licencié en juillet 2015. Dans ses prises de position des 5 avril 2016 et 6 février 2017, la Dresse H._____ a précisé qu'une activité adaptée, à l'exemple de l'activité qu'il exerçait à C._____, était exigible à plein temps et plein rendement. Elle a considéré que les limitations fonctionnelles concernant l'épaule gauche étaient les suivantes: « l'assuré peut travailler toute la journée dans une activité évitant de soulever des poids de plus de 1kg. Il faut éviter l'utilisation d'échelles et d'échafaudages. Vu ses douleurs au genou droit, travail régulier en position accroupie ou sur le genou à éviter » (dossier SUVA pces n° 264 et 316). Il convient d'admettre, sur le vu de ce qui précède, que tant l'activité d'informaticien que celle de gérant demeure pleinement exigible d'un assuré droitier, présentant des troubles à l'épaule gauche. En effet, ces deux professions ne sont pas des activités physiques et apparaissent en cela parfaitement compatibles avec les limitations fonctionnelles énoncées. Aucun des médecins sollicités n'a d'ailleurs abouti à une conclusion inverse.

Tribunal cantonal TC Page 10 de 11 Certes, dans son rapport médical du 19 avril 2017, le Dr G._____, médecin spécialiste en médecine générale et médecin traitant du recourant, a noté que « dans ce contexte de subluxation chronique récidivante de l'épaule gauche, il [était] particulièrement difficile d'envisager quelle activité professionnelle pourrait exercer [l'assuré] », ce qui peut laisser penser qu'il l'estimait inapte à exercer toute activité. Toutefois, le généraliste n'a pas explicité sa pensée. Surtout, il a seulement fait état d'une limitation fonctionnelle particulièrement importante et invalidante à l'épaule gauche, l'empêchant de porter tout charge (dossier SUVA pce n° 338; cf. également pce n° 255 p. 42 s., et n° 262 p. 5). Il rejoint, en cela, l'appréciation médicale émise par le médecin d'arrondissement de la SUVA, la Dresse H._____. A relever que le recourant lui-même n'a jamais contesté la conclusion de cette dernière spécialiste relative à l'exigibilité. A l'inverse, il a expressément renoncé à requérir l'octroi d'une rente d'invalidité et a, ce faisant, implicitement admis qu'il était apte à travailler. Il sied de souligner, au surplus, que l'OAI a, dans sa décision du 11 mai 2017, également retenu qu'au 2 avril 2015 le recourant pouvait reprendre son activité de chef d'équipe auprès de l'entreprise E._____ et qu'un droit au classement était exclu (dossier SUVA pce n° 340).

9.2. L'assuré a donc recouvré une pleine capacité de travail tant comme informaticien que comme gérant au plus tard le 2 avril 2015, date de la consultation auprès

de I. _____, sans qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité ne soit requise. Dans cette mesure, il ne présente aucune invalidité et ne saurait être mis au bénéfice d'une rente d'invalidité. Le recourant n'a d'ailleurs pas contesté décision sur opposition en tant qu'elle lui refuse un droit à une rente d'invalidité; il a, tout au contraire, expressément renoncé à en requérir l'octroi. 10. Par conséquent, dès lors 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, qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération, et que, dans le même temps, aucune rente n'est enfin allouée parce que l'assuré présente un taux d'invalidité insuffisant, c'est à bon droit que la SUVA a mis fin au droit au traitement médical et à l'indemnité journalière du recourant (cf. arrêt TF 8C_1023/2008 du 1er décembre 2009 consid. 5.2). La question de savoir de quel accident, celui de 2004 ou celui de 2014, proviennent les troubles présentés actuellement par l'assuré n'est donc pas déterminante en l'espèce. Dans sa prise de position du 5 avril 2016, la Dresse H. _____ a explicitement exposé rejoindre l'opinion de F. _____, selon laquelle un statu quo serait atteint au 1er mars 2016 en relation avec l'accident de 2014 et que la suite du traitement et de l'incapacité de travail sont à mettre selon le degré de vraisemblance prépondérante sur le compte de l'accident de 2004. Il convient de noter encore que, s'il fallait admettre l'inverse et suivre ainsi l'argumentation du recourant, le recours serait également rejeté, dans la mesure où ce dernier n'était pas assuré auprès de la SUVA au moment de la survenance de l'accident de 2014. 11. 11.1. Le recours du 2 mai 2017 s'avère ainsi mal fondé et doit être rejeté. La décision sur opposition du 17 mars 2017 est, par conséquent, confirmée. Tribunal cantonal TC Page 11 de 11 11.2. En application du principe de la gratuité de la procédure valant en la matière (cf. art. 61 let. a LPGA), il n'est pas perçu de frais de justice. 11.3. Il n'est pas alloué de dépens à la SUVA, chargée de tâches de droit public (cf. arrêts TF 8C_552/2009 du 8 avril 2010 consid. 6; 9C_312/2008 du 24 novembre 2008 consid. 8 et la référence citée). la Cour arrête: I. Le recours est rejeté. II. Il n'est pas perçu de frais de justice. III. Il n'est pas alloué de dépens. 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 18 septembre 2018/yho Le Président : Le Greffier :

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