

GE_GERICHTE A/3044/2013 vom 25. Februar 2014

GE Cour de justice, 2014-02-25, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3044_2013

FR: GE_GERICHTE A/3044/2013 du 25 février 2014

IT: GE_GERICHTE A/3044/2013 del 25 febbraio 2014

Erwägungen

E. 2

ème Chambre En la cause Monsieur I _____, domicilié à GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître ANDERS Michael recourant contre VAUDOISE ASSURANCES, place de Milan, 1 LAUSANNE intimé EN FAIT 1. Monsieur I _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1955, a travaillé dès le 15 octobre 2007 comme grill-opérateur auprès de X _____ AG. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels par la VAUDOISE ASSURANCES (ci-après : l'assurance ou l'intimée).! [endif]>! [if> 2. Le 31 octobre 2008, il a été agressé par deux inconnus qui lui ont volé la recette de sa journée de travail et a souffert principalement d'une luxation antéro-inférieure de l'épaule droite qui a été réduite le même jour.! [endif]>! [if> 3. Le 19 novembre 2008, l'employeur a annoncé l'accident à l'assurance en mentionnant un salaire de 63'138 fr. 50 de janvier à octobre 2008.! [endif]>! [if> 4. L'assuré a repris le travail, le 12 janvier 2009, puis en raison de la persistance de douleurs, le Dr L _____, chirurgien-orthopédiste FMH, a attesté une nouvelle incapacité de travail à 100% dès le 27 mars 2009.! [endif]>! [if> 5. L'arthro-IRM du 3 avril 2009 ayant mis en évidence une déchirure partielle du tendon du sus-épineux à droite, l'assuré a subi, le 2 juillet 2009, une réinsertion trans-osseuse dudit tendon et une acromioplastie par arthroscopie.! [endif]>! [if> 6. Le 12 octobre 2009, l'assuré a été licencié pour raisons économiques avec effet au 14 novembre 2009.! [endif]>! [if> 7. Une nouvelle arthrographie, effectuée le 28 avril 2010, a révélé une arthrose acromio-claviculaire modérée et une récurrence de déchirure transfixiante du sus-épineux droit.! [endif]>! [if> 8. Le 20 mai 2010, l'assuré a subi une arthroscopie pour résection et ténodèse du tendon du sus-épineux droit ainsi qu'une suture trans-osseuse du tendon du long chef du biceps droit par arthrotomie.! [endif]>! [if> 9. Après que le Dr L _____ ait retenu, le 6 décembre 2010, une capacité de travail nulle dans l'activité actuelle et de 100% dans une activité adaptée, à savoir sans effort du bras droit et sans travail en élévation de ce bras, l'assurance a mis un terme au versement de ses indemnités journalières avec effet au 31 décembre 2010, selon communication du 22 mars 2011.! [endif]>! [if> 10. Le 27 avril 2011, représenté par un avocat, l'assuré a demandé une décision formelle sur la question des indemnités journalières dues de janvier à mars 2011, voire avril 2011. Au vu d'une diminution de rendement probable après stabilisation, il a également requis l'ouverture d'une instruction médicale relative à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.! [endif]>! [if> 11. Le même jour, l'assuré s'est soumis à une nouvelle arthrographie qui a mis en évidence une petite déchirure non transfixiante de la face articulaire du sous-épineux droit ne nécessitant pas une nouvelle intervention chirurgicale.! [endif]>! [if> 12. Du 9 mai au 31 juillet 2011, l'assuré a suivi un stage d'orientation professionnelle qui a conclu à une réadaptation possible dans le circuit économique ordinaire avec pleine capacité de travail dans un poste respectant ses

limitations physiques tel que coursier en véhicule automatique pour des produits légers.![endif]>![if> 13. Dans un rapport du 20 juillet 2011, le Dr M_____, chirurgien-orthopédiste FMH et médecin-conseil de l'assurance, a considéré que le début d'une petite déchirure sur un autre tendon ne pouvait s'expliquer que par l'évolution naturelle d'un processus dégénératif. Par conséquent, le traitement médical n'était plus en lien de causalité avec les suites de l'accident dès la fin 2010, soit sept mois après la dernière intervention chirurgicale.![endif]>![if> 14. Par décision du 22 juillet 2011, l'assurance a mis un terme à l'ensemble de ses prestations au 31 décembre 2010. Elle a considéré que, sur la base du rapport de son médecin-conseil du 20 juillet 2011, il n'y avait plus de lien de causalité probable entre les troubles actuels et l'accident.![endif]>![if> 15. Le 25 août 2011, l'assuré a réitéré sa demande d'ouverture d'une instruction médicale en vue de l'octroi d'une rente d'invalidité et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité dès lors que l'usage de son bras droit restait largement diminué.![endif]>![if> 16. Le 13 septembre 2011, l'assuré a formé opposition contre la décision du 22 juillet 2011. Il a exposé que la récupération d'une capacité de travail entière, toutefois avec des limitations fonctionnelles, n'entraînait pas « ipso facto » une extinction parallèle du lien de causalité entre l'accident et les soins médicaux y relatifs. Il a également rappelé avoir demandé l'ouverture d'une instruction médicale pour déterminer son droit à rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité, de sorte que son opposition visait également à préserver ses droits à ce sujet. Il a conclu à l'octroi de l'assistance juridique.![endif]>![if> 17. Le 15 janvier 2013, l'assuré a rappelé à l'assurance sa demande précitée d'ouverture d'une instruction. Il s'est référé à ses courriers et rappels du 13 septembre 2011, 20 juin 2012 et 13 septembre 2012 auxquels l'assurance n'avait donné aucune suite et l'a avertie qu'à défaut de détermination d'ici le 15 février 2013, il saisirait la justice pour refus de statuer.![endif]>![if> 18. Le 25 juin 2013, l'assuré a été engagé comme employé de garage dès le 1er juillet 2013 avec un salaire mensuel brut de 5'000 fr. et un treizième salaire versé « pro rata temporis » lors de la première année.![endif]>![if> 19. Le 25 juin 2013, l'assuré a recouru auprès de la Cour de céans pour déni de justice.![endif]>![if> 20. Par décision du 20 août 2013, l'assurance a rejeté l'opposition. Elle a considéré que le traitement des lésions consécutives à l'accident avait cessé à la fin de l'année 2010 au vu des constatations faites lors de l'arthro-IRM du 27 avril 2011 et que les problèmes séquellaires résultaient du développement d'une lésion dégénérative du tendon sous-épineux. Les conséquences de cette atteinte à la santé n'étaient pas à la charge de l'assurance-accidents, de sorte qu'aucune prestation n'était due, qu'il s'agisse du remboursement des frais de traitement, d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité ou d'une éventuelle rente d'invalidité.![endif]>![if> 21. Dans son arrêt du 10 septembre 2013 (ATAS/882/2013), la Cour de céans a constaté que le recours était devenu sans objet au vu de la notification de la décision sur opposition. Toutefois, un délai de 21 mois sans rendre une telle décision, alors qu'aucune instruction complémentaire n'avait été mise en œuvre, constituait un déni de justice justifiant l'octroi à l'assuré d'une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens.![endif]>![if> 22. Dans un rapport du 11 septembre 2013, le Dr N_____, spécialiste FMH en médecine interne et affections rhumatismales, a considéré que l'assuré présentait une atteinte à l'intégrité de 15% au vu de l'atteinte fonctionnelle de l'épaule droite avec mobilité limitée à l'horizontale.![endif]>![if> 23. Par acte du 19 septembre 2013, l'assuré a recouru contre la décision sur opposition. Il a conclu à l'octroi d'une rente d'invalidité de 20% dès le 1er janvier 2011 et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15%. Le salaire qu'il percevait avant l'agression, soit CHF 75'783.-, 13 ème salaire inclus, aurait certainement augmenté progressivement, au fur

et à mesure de l'accroissement de la clientèle et de l'expérience pour atteindre CHF 85'000.- à terme. Il avait retrouvé un travail adapté pour un salaire limité à CHF 65'000.-/an, 13^{ème} salaire inclus. Les limitations dont il souffrait étaient la conséquence directe de l'accident puisqu'avant l'agression, il ne souffrait d'aucune restriction de mouvements et avait une pleine capacité de travail. L'absence de lien de causalité alléguée par l'assurance ne reposait sur aucun examen médical sérieux, si ce n'était l'avis du médecin-conseil de l'intimée, qui n'avait même pas examiné l'assuré. Compte tenu de son absence de formation, il ne pourrait plus améliorer son revenu, de sorte qu'il en résultait une perte de gain annuelle de CHF 15'000.- à CHF 20'000.-, soit une moyenne équitablement fixée à CHF 18'000.-, correspondant à un taux d'invalidité de 20% qui lui donnait droit à une rente de ce pourcentage dès le 1^{er} janvier 2011, date de la fin du paiement des indemnités journalières. L'atteinte à l'intégrité de 15%, calculée sur le salaire de CHF 126'000.- donnait droit à une IPAI de CHF 18'900.-. [endif]> [if> 24. L'assurance a déposé sa réponse le 18 octobre 2013. Elle a sollicité un délai complémentaire pour se déterminer sur le rapport du Dr N_____. Elle a persisté à conclure au rejet du recours, sans frais ni dépens. La question du droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité ne faisait pas l'objet de la décision du 22 juillet 2011 ni de la décision sur opposition du 19 août 2013 et ne devait donc pas être examinée dans le cadre de la présente procédure. Au demeurant, en 2008, le salaire de l'assuré était de CHF 75'766,20, sans 13^{ème} salaire et les indemnités journalières avaient été calculées sur cette base. En matière de fixation du taux d'invalidité, il n'y avait pas lieu de tenir compte de l'évolution de carrière plus ou moins prévisible postérieurement à l'accident. Il convenait donc d'indexer le salaire de 2008 selon l'évolution des salaires entre 2009 et 2013 (2,1% + 0,7% + 1% + 0,8% + 0,7%) ce qui donnait un salaire de CHF 79'862,35 en 2013. Le rapport entre le gain sans invalidité et le gain d'invalidité donnait un taux d'invalidité de 18,6% à arrondir à 19%. [endif]> [if> 25. Le 18 novembre 2013, l'assurance s'est déterminée sur le rapport du Dr N_____ du 11 septembre 2013. Ce dernier était hautement contestable sur un point essentiel, à savoir qu'il ne faisait pas la distinction entre les séquelles de l'accident et l'affection malade intercurrente qui était à l'origine de la rupture du tendon sus-épineux apparue dix mois après la suture du 2 juillet 2009, selon l'avis du 20 juillet 2011 du Dr M_____. En conséquence, les limitations décrites ne pouvaient pas être considérées comme étant dues à l'accident mais relevaient de la maladie et ne donnaient donc droit à aucune indemnité pour atteinte à l'intégrité. Leurs éventuelles répercussions sur la capacité de gain de l'assuré ne donnaient pas non plus droit à une rente de l'assurance accident. L'assurance conclut donc en définitive au rejet pur et simple du recours. [endif]> [if> 26. Par arrêt du 26 novembre 2013, la Cour de céans a admis le recours formé par l'assuré contre la décision de refus d'assistance juridique de l'assurance, au motif que la problématique litigieuse soulevait des questions de fait et de droit relativement complexes, de sorte que l'assistance d'un avocat se justifiait et a renvoyé la cause à l'assurance pour examen de la condition du besoin et nouvelle décision concernant l'octroi de l'assistance juridique. [endif]> [if> 27. Par réplique du 12 décembre 2013, l'assuré a rappelé que l'assurance se fondait sur le seul avis de son médecin-conseil pour refuser des prestations, alors que ce dernier ne l'avait jamais examiné et s'était prononcé dans un rapport rudimentaire, uniquement fondé sur les pièces du dossier. Avant l'accident, l'assuré travaillait normalement à temps complet et ne souffrait d'aucune limitation de son bras. Or, dans la fixation de la rente, il convenait de ne pas tenir compte des états antérieurs qui ne portaient pas atteinte à la capacité de gain. [endif]> [if> 28. Après que la cause ait été

gardée à juger, l'assuré a confirmé que, suite à l'accident dont il avait été victime au courant du mois de décembre 2013, il avait pu reprendre son travail le 3 janvier 2014 sans suites particulières.!

29. Sur quoi la cause a été gardée à juger. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA; RS 832.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable au cas d'espèce. 3. Le recours, interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, est recevable (art. 56 à 60 LPGA). 4. Le litige concerne le droit du recourant à des prestations de l'intimé au-delà du 31 décembre 2010, en particulier sur le lien de causalité entre les troubles subsistants et l'accident. Plus particulièrement, il s'agit de déterminer si, malgré la stabilisation de son état de santé, le recourant présente des séquelles qui sont dues au moins partiellement à l'accident ou si le «statu quo sine vel ante» est atteint. Corollairement, le litige porte sur le droit de l'assuré à une rente d'invalidité, au vu de sa capacité de travail nulle dans son activité antérieure et entière dans une activité adaptée, ainsi que sur son droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. 5. Selon 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. Par accident, 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; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références). La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). 6. 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. 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. 7. 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 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1, ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références). Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident

(raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. 7. Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prester de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). 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) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b; ATF 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46). 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. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque le statu quo ante ou sine est atteint (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). 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 a été causé ou aggravé par l'accident (ATF non publiés 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011, consid. 1.2; 8C_552/2007 du 19 février 2008, consid. 2). Selon l'art. 36 al. 2 LAA, l'IPAI et la rente d'invalidité sont réduites de manière équitable lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement due à l'accident. Toutefois, en réduisant la rente, on ne tient pas compte d'états antérieurs qui ne portaient pas atteinte à la capacité de gain. 8. 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 ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb; ATF non publié U 351/04 du 14 février 2006, consid. 3.2). 9. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais 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. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge 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. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b). 10. 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). 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 suffisants 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 (ATF 135 V 465 consid. 4; ATF non publié 8C_923/2010 du 2 novembre 2011, consid. 5.2.). Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). 11. En l'espèce, se fondant sur l'avis de son médecin-conseil du 20 juillet 2011 et l'arthro-IRM du 27 avril 2011, l'intimée a refusé toute prestation au-delà du 31 décembre 2010 au motif que les troubles résiduels n'étaient plus en lien de causalité avec l'accident mais avec un trouble dégénératif du tendon du sus-épineux droit. Il convient en premier lieu de rappeler que le rapport du médecin-conseil de l'assurance peut être probant, même sans examen de l'assuré, pour autant qu'il se fonde sur les rapports des médecins qui l'ont examiné et sur les IRM, ce qui est le cas. Reste à déterminer si les conclusions du Dr M_____ sont motivées et convaincantes. Il affirme qu'il ressort de l'IRM du 27 avril 2011 que l'assuré présente un début de petite déchirure sur un autre tendon, de sorte que cela ne peut s'expliquer que par un processus dégénératif. Selon le rapport de l'IRM pratiquée le 3 avril 2009, le tendon sous-épineux et le tendons sus-épineux présentent une surface hétérogène au niveau de l'insertion, ce qui évoque une déchirure partielle. C'est

d'ailleurs une déchirure de la face articulaire du tendon sus-épineux sur toute sa largeur qui est confirmée et réparée lors de l'intervention du 2 juillet 2009. L'IRM pratiquée le 28 avril 2010 révèle une récurrence de déchirure du tendon sus-épineux largement transfixiante de 20mm sur 25mm qui est suturée lors de l'intervention du 20 mai 2010, alors que celle du 27 avril 2011 montre en effet une petite déchirure de tendon sous-épineux de 5mm. Sur ce point donc, l'avis du Dr M_____ est fondé, car cette déchirure d'un autre tendon est manifestement sans lien avec l'accident. Ainsi, les frais médicaux liés à la déchirure découverte en avril 2011 ne sont en tout cas pas à la charge de l'assurance. ![/endif]>![if> Toutefois, le Dr M_____ s'est borné à se prononcer sur le lien de causalité entre le traitement médical dès le 1er janvier 2011 et l'accident, sans examiner si les limitations fonctionnelles du recourant, dûment constatées par le Dr L_____ et supprimant toute capacité de travail dans son activité antérieure, ainsi que les douleurs traitées par des médicaments, étaient en lien de causalité avec l'accident, nonobstant l'apparition d'un éventuel trouble dégénératif du tendon du sus-épineux droit. A cet égard, le Dr M_____ ne prétend pas que ces limitations seraient dues à la déchirure découverte en avril 2011, minime et n'ayant pas nécessité d'intervention. Il se contente d'indiquer que l'évolution constatée lors de l'IRM d'avril 2010 est étonnante à 10 mois de la première intervention chirurgicale, sans indiquer clairement que les lésions alors constatées seraient exclusivement dues à une maladie. Si l'on peut déduire de ses propos et retenir qu'il est vraisemblable que cette deuxième déchirure n'est pas directement causée par l'accident, on ne sait pas si les lésions apparues en avril 2010 sont liées à la première intervention ou s'il s'agit d'une aggravation d'un état maladif dû à l'accident. Au surplus, le Dr M_____ ne se prononce pas sur l'origine des limitations qui persistent. Il n'a ainsi pas déterminé si l'état de santé du recourant au 31 décembre 2010 était similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) ou encore s'il y avait un état maladif préexistant qui aurait été causé ou aggravé par l'accident. En conséquence, les rapports du Dr M_____ ne permettent pas d'établir qu'il n'y aurait plus de lien de causalité entre l'accident et l'état de santé de l'assuré au-delà du 31 décembre 2010 ou, en d'autres termes, que ces troubles seraient exclusivement dus à un état maladif et ils sont insuffisants pour statuer en toute connaissance de cause sur la clôture du cas. A cet égard, ni les rapports du Dr L_____ ni celui du Dr N_____ ne permettent de trancher ces questions. S'il est vrai qu'ils ne distinguent pas les séquelles de l'accident et d'une éventuelle atteinte dégénérative, le Dr M_____ n'indique pas non plus de façon motivée, contrairement à ce que soutient l'assurance, que la rupture du tendon apparue en avril 2010, qui est probablement due à une affection malade et non pas à l'accident, serait seule responsable de l'ensemble des séquelles, à l'exclusion de l'accident. A défaut d'instruction suffisante sur ces points, il se justifie donc d'annuler la décision et de renvoyer la cause à l'intimée afin qu'elle mette sur pied une expertise de l'assuré, confiée à un spécialiste reconnu, qui devra examiner l'assuré et interroger le Dr L_____ et discuter son avis s'agissant du lien de causalité entre les troubles résiduels et l'accident, et l'expert devra précisément motiver ses réponses aux questions susmentionnées. 12. Cela étant dit, l'assuré ayant recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès le 6 décembre 2010 selon l'avis convergent des Drs L_____ et M_____, c'est à juste titre que l'assurance a mis un terme au versement des indemnités journalières au-delà du 31 décembre 2010. Ensuite, l'examen du droit à la prise en charge du traitement médical, du droit à une rente d'invalidité et, le cas échéant, à une IPAI, devra être effectué à l'issue de

l'instruction médicale complémentaire précitée. Ce n'est que s'il est confirmé que les troubles au-delà du 31 décembre 2010 sont exclusivement dus à une atteinte dégénérative malade, que celle-ci n'a pas été aggravée par l'accident et qu'il n'y a donc plus de lien de causalité avec celui-ci, que l'assurance pourra alors refuser toute prestation à l'assuré (frais médicaux, rente et IPAI). A défaut, il conviendra de fixer en application de l'art 36 LAA notamment, les prestations de l'assurance. A propos de l'éventuelle rente d'invalidité, outre le fait que la loi ne prévoit pas de fixer le revenu sans invalidité sur la base d'une évolution de carrière prévisible, sauf dans les cas de l'art. 28 OLAA non réalisés, la spectaculaire évolution de revenu alléguée par l'assuré est invraisemblable, le nombre de poulets rôtis vendus n'augmentant pas avec l'expérience. 13. Ainsi, le recours est partiellement admis et la cause est renvoyée à l'intimé pour une instruction complémentaire dans le sens des considérants. L'assuré obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de procédure de CHF 1'200.- lui sera allouée au vu du temps consacré à la cause par son conseil, eu égard aux développements juridiques limités. Au surplus, la procédure est gratuite. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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