

GE_GERICHTE A/1683/2017 vom 18. September 2018

GE Cour de justice, 2018-09-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1683_2017

FR: GE_GERICHTE A/1683/2017 du 18 septembre 2018

IT: GE_GERICHTE A/1683/2017 del 18 settembre 2018

Erwägungen

E. 2

ème Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Catarina MONTEIRO SANTOS recourante contre SWICA ASSURANCES SA, sise Römerstrasse 37, WINTHERTHUR intimée EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1961, travaille depuis 1991 en qualité de femme de chambre dans un hôtel à Genève. À ce titre, elle est assurée contre les accidents auprès de SWICA ASSURANCES SA (ci-après : SWICA).!

2. Le 6 octobre 2015, son employeur a transmis à SWICA une déclaration d'accident, dans laquelle il a indiqué que l'assurée, occupée à nettoyer une salle de bain, avait glissé le 1^{er} octobre 2015 sur un sol mouillé et s'était retenue à une « barre de serviettes » pour éviter de tomber, ce dont il avait résulté un violent choc au niveau de l'épaule.!

3. Par courrier du 12 octobre 2015, SWICA a informé l'employeur de l'assurée qu'il prendrait en charge l'événement du 1^{er} octobre 2015, notamment par le versement d'indemnités journalières.!

4. En décembre 2015, SWICA a notamment reçu le bilan d'une échographie de l'épaule gauche réalisée le 5 octobre 2015 par le docteur B_____, de l'institut de radiologie Imagerive, mettant en évidence une tendinopathie de la coiffe des rotateurs, des fissurations du tendon sus-épineux, de probables calcifications du sous-épineux, un épanchement bordant le long biceps et un net épaissement de la bourse sous-acromio-deltoïdienne.!

5. SWICA a diligenté une expertise auprès de la Clinique Corela. Dans son rapport du 19 avril 2016, la doctoresse C_____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a retenu les diagnostics suivants, dont elle a apprécié séparément la causalité avec l'événement du 1^{er} octobre 2015 : ostéonécrose de la tête humérale gauche et dégénérescence des tendons des muscles supra et infra-épineux, causalité non donnée (0 %); rupture partielle interstitielle du tendon du muscle supra-épineux, causalité vraisemblable (51 %).!

S'agissant de la causalité, l'experte a exposé que l'ostéonécrose apparaissant sur une arthro-IRM réalisée en janvier 2016 ne pouvait pas résulter du traumatisme qu'avait subi l'assurée le 1^{er} octobre 2015, lequel n'avait pas été de haute énergie ni n'avait entraîné d'impact direct de la tête humérale sur la glène. Le mécanisme de l'accident – un étirement du bras avec l'épaule en abduction – était incompatible avec une lésion de la face postéro-supérieure de la tête humérale et aucun signe de fracture récente n'apparaissait sur les imageries; l'ostéonécrose était sans répercussion clinique au jour de l'expertise. S'agissant des tendons des muscles supra et infra-épineux, leur dégénérescence correspondait par définition à une pathologie liée à l'âge et au vieillissement naturel, chez une assurée âgée de 55 ans et pratiquant un métier manuel. En revanche, selon l'experte, le traumatisme avait entraîné une aggravation d'un état antérieur sous la forme d'une rupture partielle interstitielle du tendon du muscle supra-épineux. La rupture partielle était survenue sur un tendon ayant déjà subi une dégénérescence, lequel correspondait à l'état antérieur. Sur le plan thérapeutique, compte

tenu du fait que le traitement médical (infiltration) n'avait été efficace que pendant six semaines, une intervention chirurgicale (acromioplastie décompressive avec ténotomie du long chef de biceps) paraissait être justifiée et à charge de l'assurance-accidents. L'experte invitait également SWICA à prendre en charge des séances de physiothérapie pendant trois mois après l'accident, ainsi qu'un traitement antalgique et anti-inflammatoire. On pouvait s'attendre à ce que la situation évolue vers un statu quo sine six mois après l'opération, les symptômes devant nettement diminuer voire disparaître entre le troisième et le sixième mois post opératoire. Le pronostic était plutôt bon, mais on ne pouvait garantir à l'assurée une disparition complète des douleurs de l'épaule gauche, compte tenu de l'état antérieur dégénératif touchant les tendons supra et infra-épineux. Une gêne pouvait en effet demeurer lorsque l'assurée se servirait de façon importante et prolongée de son membre supérieur gauche au-dessus de l'horizontale, sans que ce désagrément soit en lien avec l'accident de 2015, plus de six mois après l'intervention. S'agissant des limitations fonctionnelles, la rupture partielle interstitielle du tendon du muscle supra-épineux limitait l'utilisation répétée du membre supérieur gauche au-dessus de la ligne des épaules, notamment lorsqu'il s'agissait de nettoyer des vitres et des salles de bain, mais pour ce faire, l'assurée pouvait utiliser son bras droit (membre dominant). En revanche, il lui appartiendrait de se faire aider pour changer les draps de lit ou secouer les édredons, ce qui nécessitait l'utilisation des deux bras. Pour ces tâches, il était nécessaire qu'elle travaille en binôme. Étaient également limités les mouvements de traction avec les membres supérieurs, que l'assurée effectuait de manière répétée pendant son travail. L'experte considérait que ces limitations étaient des conséquences de l'accident d'octobre 2015 jusqu'à six mois après l'intervention chirurgicale envisagée et que par la suite, le diagnostic ne justifiait plus de limitation fonctionnelle, bien qu'une gêne persistante liée à l'état antérieur demeurait possible. Dans la profession de femme de chambre, la capacité de travail était de 0 % dès le 1^{er} octobre 2015, de 50 % du 18 mars 2016 au 11 mai 2016 (entre l'expertise et l'opération), de 0 % du 12 mai au 11 août 2016 (pendant les trois mois suivant l'opération), de 50 % du 12 août au 11 novembre 2016 (les trois mois suivants) moyennant un travail en binôme, puis de 100 % dès le 12 novembre 2016. Dans un emploi adapté, permettant d'éviter les gestes répétés ou au-dessus de l'horizontale du membre supérieur gauche, ainsi que ceux impliquant de la force, la capacité de travail était entière. 6. Par courrier du 9 mai 2016, SWICA a informé l'assurée qu'elle s'engageait à prendre en charge l'intervention chirurgicale de l'épaule gauche, prévue le 12 mai 2016. Par ailleurs, elle envisageait de mettre fin à la prise en charge de l'incapacité de travail et du traitement médical à compter du 12 novembre 2016. 7. Le 28 juin 2016, SWICA a reçu une copie du rapport opératoire du 12 mai 2016, dont il ressort que le docteur D_____, chirurgien-orthopédiste, a diagnostiqué une rupture du sus-épineux de l'épaule gauche et pratiqué une acromioplastie, une ténodèse du biceps ainsi qu'une suture du sous-épineux. 8. Invité par SWICA à compléter un rapport, le Dr D_____ a indiqué le 12 juillet 2016 que sa patiente se plaignait toujours de douleurs et d'une perte fonctionnelle, que le traitement était en cours et que le status post opératoire demeurait incompatible avec la reprise du travail. 9. SWICA a reçu divers certificats d'arrêt de travail pour cause d'accident, émanant du Dr D_____ et valables pour les périodes suivantes : - du 21 juin au 1^{er} septembre 2016 ; - du 1^{er} septembre au 18 octobre 2016 ; - du 18 octobre au 9 décembre 2016. 10. Dans un rapport adressé à SWICA le 13 septembre 2016, le Dr D_____ a indiqué qu'à la suite de l'intervention de suture de la

coiffe des rotateurs de l'épaule gauche, l'évolution était lentement favorable et qu'au vu de la profession antérieurement exercée de femme de chambre, le maintien de l'arrêt de travail se justifiait, pour une durée encore indéterminée. Il était usuel de suivre un patient opéré de la coiffe des rotateurs pendant une durée de l'ordre d'une année après l'opération. Dans le cas particulier, l'arrêt de travail pourrait se prolonger encore quelques mois, car l'assurée exerçait une profession physiquement astreignante. [endif]>[if> 11. Par décision du 4 octobre 2016, SWICA a fait siennes les conclusions de l'expertise de la Clinique Corela et retenu une capacité de travail de 50 % du 12 août au 11 novembre 2016, puis de 100 % dès le 12 novembre 2016. Dès cette dernière date, SWICA mettait fin aux prestations versées pour les suites de l'événement du 1^{er} octobre 2015. Par ailleurs, elle acceptait exceptionnellement de verser l'indemnité journalière à 100 % jusqu'au 31 août 2016, puis à 50 % du 1^{er} septembre au 11 novembre 2016. [endif]>[if> 12. Par l'intermédiaire de son avocate, l'assurée s'est opposée à cette décision le 13 janvier 2017. L'expertise de la Clinique Corela n'était pas probante et le statu quo de son accident n'avait pas été atteint le 12 novembre 2016. Il pourrait éventuellement l'être le 12 mai 2017, conformément au rapport de son chirurgien, le Dr D_____, dont il ressortait que ce médecin avait pour habitude de suivre ses patients pendant environ une année après une opération de la coiffe des rotateurs. À titre subsidiaire, l'assurée se disait disposée à se soumettre à une nouvelle expertise. [endif]>[if> 13. Par décision du 20 mars 2017, SWICA a rejeté l'opposition. L'expertise de la Clinique Corela était probante et le Dr D_____ n'avait pas contredit ses conclusions, selon lesquelles le statu quo sine était atteint depuis le 12 novembre 2016 au plus tard. Le Dr D_____ n'avait pas évalué la durée de l'incapacité de travail autrement qu'en évoquant une période de « quelques mois ». Il n'avait pas non plus prétendu qu'un patient opéré de la coiffe des rotateurs demeurait en incapacité de travail pendant une année après l'opération, pas plus qu'il n'avait attesté d'une relation causale entre l'accident d'octobre 2015 et l'incapacité de travail. [endif]>[if> 14. Le 5 mai 2017, l'assurée a saisi la chambre de céans d'une « demande en paiement » (sic) contre SWICA, en concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision sur opposition du 20 mars 2017 et à ce que SWICA soit condamnée à lui verser des indemnités journalières (CHF 98.30 par jour) du 12 novembre 2016 au 5 mai 2017, avec intérêts à 5 % l'an. [endif]>[if> Elle a fait valoir que l'expertise de la Clinique Corela était dénuée de valeur probante, dans la mesure où elle ne tenait pas compte de l'intervention chirurgicale du 12 mai 2016 et où aucun complément d'expertise n'avait été mis en œuvre après celle-ci. L'appréciation de l'experte était lacunaire et ne reposait pas sur une analyse circonstanciée des différents éléments médicaux. Conformément à l'avis du Dr D_____, il convenait d'admettre que sa rupture de la coiffe des rotateurs était en relation de causalité avec son accident et que le statu quo ante vel sine de ses troubles de l'épaule n'avait pas été atteint le 12 novembre 2016, le dossier – lacunaire – ne permettant pas d'aboutir à une telle conclusion. L'argument selon lequel les tendons de la coiffe des rotateurs avaient tendance à dégénérer avec l'âge ne permettait pas d'exclure que ces tendons se soient déchirés à l'occasion de son traumatisme. Par ailleurs, et contrairement à ce que prétendait l'intimée, le Dr D_____ avait justifié l'incapacité de travail en précisant, dans son certificat du 13 septembre 2016, que l'arrêt de travail demeurait valable pour une durée indéterminée, vu la lente évolution post opératoire après sa suture de la coiffe des rotateurs. La recourante en déduisait qu'elle avait droit aux prestations de l'assurance-accidents au-delà du 12 novembre 2016. 15. Dans sa réponse du 19 juin 2017, SWICA a conclu au rejet du recours, rétorquant que l'expertise de la Clinique Corela était probante. L'experte avait dûment tenu compte du rapport opératoire et

du rapport subséquent établis par le Dr D_____ les 12 mai 2016 et 13 septembre 2016 ; l'experte avait estimé, dans un rapport du 15 juin 2017, qu'il ne ressortait de ces pièces aucune complication post opératoire et que celles-ci n'étaient propres à modifier ses conclusions. De surcroît, l'opération avait été effectuée dans les règles de l'art. Même si le Dr D_____ avait fait état d'une évolution « lentement favorable » en septembre 2016, il était loisible à l'assurée de respecter certaines limitations fonctionnelles dès le troisième mois post opératoire. Enfin, l'experte avait tenu compte du fait que la profession de l'assurée était pénible, puisqu'elle n'avait préconisé une reprise du travail à plein temps qu'après six mois. 16. La recourante a répliqué le 21 septembre 2017, persistant dans ses conclusions. Elle a reproché à SWICA d'avoir ordonné une expertise à la Clinique Corela, sans lui permettre de participer à la désignation de l'expert. Par ailleurs, elle a fait remarquer qu'après avoir mis fin aux indemnités journalières LAA, SWICA avait transmis son dossier à sa division perte de gain maladie LCA, laquelle avait ordonné une seconde expertise auprès du docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, dont les conclusions divergeaient de celles de la Clinique Corela. En effet, l'expert E_____ avait considéré qu'au vu de l'état actuel de son épaule gauche, elle ne pouvait pas reprendre son activité de femme de chambre, mais qu'elle était en revanche capable d'exercer à plein temps une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles ; ces limitations résultaient directement de la rupture du tendon supra-épineux. L'experte de la Clinique Corela ayant elle-même reconnu l'existence d'une relation causale entre l'accident d'octobre 2015 et les troubles de l'épaule, la suppression des indemnités journalières était injustifiée. Enfin, dans la mesure où les deux expertises divergeaient, la recourante estimait nécessaire d'ordonner une sur-expertise. À l'appui de sa réplique, la recourante a notamment joint le rapport d'expertise du Dr E_____, daté du 11 avril 2017. L'expert y a retenu les diagnostics suivants : status après arthroscopie de l'épaule gauche, acromioplastie, ténodèse du long chef du biceps et suture du sous-épineux de l'épaule gauche (12 mai 2016) ; capsulite rétractile de l'épaule gauche en décours ; status après arthroscopie de l'épaule droite, acromioplastie, suture de la coiffe des rotateurs et ténodèse du long chef du biceps (1 er septembre 2010) ; status après capsulite rétractile de l'épaule droite ; lombalgies avec pseudo-sciatalgies bilatérales, évoluant depuis avril 2016. L'assurée avait été opérée de l'épaule droite en 2010, puis avait développé une capsulite rétractile, avant de reprendre dès novembre 2011 son activité de femme de ménage. À la suite d'une chute survenue le 1 er octobre 2015, des douleurs étaient apparues au niveau de son épaule gauche et elle avait été opérée, en mai 2016, d'une lésion des tendons de la coiffe des rotateurs de cette épaule. L'évolution était insatisfaisante et l'assurée avait souffert également d'une capsulite rétractile, en voie d'amélioration. Elle avait consulté en avril 2016 pour des lombalgies persistantes, irradiant dans le membre inférieur droit. Selon l'expert, l'état actuel de l'épaule gauche était incompatible avec la reprise de l'activité de femme de ménage. L'assurée souffrait des deux épaules, mais également de douleurs lombaires, incompatibles avec le port de charges et les positions penchées vers l'avant. En revanche, elle paraissait capable d'exercer à 100 % une activité adaptée à ses limitations, lui permettant d'éviter les mouvements des épaules au-delà de l'horizontale, le soulèvement de charges supérieures à 7 kg et le port de charges supérieures à 15 kg. En raison de ses lombalgies, elle devait également éviter les positions penchées et en porte-à-faux. 17. L'intimée a dupliqué le 17 octobre 2017. Le grief concernant la mise en œuvre de l'expertise réalisée par la Clinique Corela était infondé, car la recourante n'avait soulevé aucun motif de récusation de l'experte, ni présenté de contre-proposition. Par

ailleurs, les expertises réalisées par la Clinique Corela et le Dr E_____ n'étaient pas divergentes, car la première tenait uniquement compte des suites de l'accident, alors que la seconde prenait en considération l'ensemble des troubles de la recourante. Il résultait de l'expertise de la Clinique Corela que le statu quo sine avait été atteint le 12 novembre 2016 au plus tard et que postérieurement, l'incapacité de travail ne résultait plus de l'accident mais d'une maladie. La mise en œuvre d'une sur-expertise était superflue. 18. Par écriture du 24 novembre 2017, la recourante a fait valoir que SWICA lui avait imposé le choix de l'expert et transmis le catalogue de questions « pour consultation », de sorte qu'elle n'avait pas été informée de son droit à demander la récusation de l'expert ou à proposer des questions supplémentaires. Elle a joint de nouveaux certificats d'arrêt de travail établis par le Dr D_____.! [endif]> [if> 19. Par écriture du 8 janvier 2018, SWICA a observé que dans un courrier de mars 2016, le Dr D_____ avait fait état d'une atteinte dégénérative de la coiffe et de l'articulation gléno-humérale, justifiant une ténodomie du biceps, ce dont elle déduisait que l'incapacité de travail et la physiothérapie relevaient désormais d'une maladie. Par ailleurs, le grief relatif à la mise en œuvre de l'expertise devait être écarté, car la recourante n'avait invoqué aucun motif de récusation à l'encontre de l'experte. ! [endif]> [if> Enfin, seuls deux des cinq diagnostics posés par le Dr E_____ se rapportaient à l'épaule gauche, touchée par l'accident. L'ostéonécrose partielle de la tête humérale gauche et la dégénérescence des tendons des muscles supra et infra-épineux étaient sans lien de causalité avec l'accident, tout comme la capsulite rétractile. 20. Par écriture du 2 février 2018, la recourante a déploré derechef de ne pas avoir été informée de la possibilité de proposer des questions destinées à l'expert. En outre, les deux expertises aboutissaient à des conclusions divergentes et aucun rapport médical ne permettait d'affirmer que sa capsulite rétractile n'était pas liée à l'accident. ! [endif]> [if> 21. Cette écriture a été transmise pour information à l'intimée et la cause gardée à juger. ! [endif]> [if> EN DROIT 1. a. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), 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. ! [endif]> [if> b. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celle du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la loi de procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA – E 10), complétées par les autres dispositions de la LPA en tant que ses articles précités n'y dérogent pas (art. 89A LPA), les dispositions spécifiques que la LAA contient sur la procédure restant réservées (art. 1 al. 1 LAA). c. Aux termes de l'art. 60 LPGA, le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (al. 1). Les art. 38 à 41 sont applicables par analogie (al. 2). Si le délai, compté par jours ou par mois, doit être communiqué aux parties, il commence à courir le lendemain de la communication (art. 38 al. 1 LPGA). Les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 7^{ème} jour avant Pâques au 7^{ème} jour après Pâques inclusivement (art. 38 al. 4 let. a LPGA). d. En l'occurrence, le dimanche de Pâques est intervenu le 16 avril 2017. La décision attaquée, datée du 20 mars 2017, a été reçue par le recourant le lendemain, de sorte que le délai de recours a commencé à courir le 22 mars 2017, avant d'être suspendu du 9 au 23 avril 2017. Ayant repris son cours le 24 avril, il est arrivé à échéance le 5 mai 2017. Posté le dernier jour du délai, le recours a été interjeté en temps utile. Malgré son libellé inexact comme « demande en

paiement », il satisfaisait aux exigences de forme et de contenu prescrites par l'art. 61 let. b LPGa (cf. aussi art. 89B LPGa), de sorte qu'il est recevable. 2. L'acte de recours désigne la défenderesse sous le nom de « SWICA ORGANISATION DE SANTÉ », soit une association sise à Winterthur, selon les indications du Registre du commerce du canton de Zürich. La décision attaquée a toutefois été rendue par SWICA ASSURANCES SA, société anonyme également sise à Winterthur. Elle porte la signature d'une représentante de SWICA ASSURANCES SA. Aussi faut-il admettre que la partie intimée dans la présente procédure est SWICA ASSURANCES SA (sur la désignation inexacte de partie, cf. par ex. arrêt du Tribunal fédéral 4A_17/2016 du 29 juin 2016 consid. 2.2). La désignation de la partie intimée sera donc rectifiée en ce sens. 3. Le litige porte sur la question de savoir si les troubles dont souffre la recourante au niveau de l'épaule gauche doivent être pris en charge par l'intimée au-delà du 12 novembre 2016. 4. Plusieurs modifications apportées à la LAA et à l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202) sont entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2017. L'accident étant survenu avant cette date, le droit de la recourante aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront donc citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016. 5. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré en cas d'accident professionnel ou non professionnel. 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). 6. a. 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). b. L'exigence du lien de causalité naturel 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. 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). c. 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). d. 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. 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 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2). 7. Selon l'art. 9 al. 2 let. f OLAA, les déchirures de tendons sont assimilées à un accident, même si elles n'ont pas été causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. La notion de lésion assimilée à un accident a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. Aussi les assureurs-accidents LAA doivent-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait en principe être couvert par l'assurance-maladie. Si, par contre, une telle lésion est survenue sans avoir été déclenchée par un facteur extérieur soudain et involontaire, elle est manifestement imputable à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs et il appartient à l'assurance-maladie d'en prendre en charge les suites (arrêt du Tribunal fédéral 8C_357/2007 du 31 janvier 2008). Lorsque le statu quo ante vel sine est établi, le droit aux prestations pour une lésion assimilée prend fin. Toutefois, des lésions assimilées à un accident le sont aussi longtemps que leur origine malade ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, n'est pas clairement établie. Il n'y a dès lors pas lieu de se fonder sur le degré de vraisemblance prépondérante pour admettre l'évolution d'une telle atteinte vers un statu quo sine . Sinon, on se trouverait à nouveau confronté, immédiatement après avoir admis l'existence d'une lésion assimilée à un accident, à la difficulté de distinguer entre l'origine accidentelle et malade de cette atteinte (cf. arrêts du Tribunal fédéral 8C_846/2014 du 23 avril 2015 consid. 3.2 ; 8C_578/2013 du 13 août 2014 consid. 2.2 ; 8C_381/2014 du 11 juin 2014 consid. 3.2 ; 8C_347/2013 du 18 février 2014 consid. 3.2 ; 8C_698/2007 du 27 octobre 2008 ; 8C_551/2007 du 8 août 2008 consid. 4.1.2 ; 8C_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 2). Ces règles sont également applicables lorsqu'une des lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA est survenue lors d'un événement répondant à la définition de l'accident au sens de l'art. 6 al. 1 LAA. En effet, si l'influence d'un facteur extérieur, soudain et involontaire suffit pour ouvrir le droit à des prestations de l'assureur-accidents pour les suites d'une lésion corporelle mentionnée à l'art. 9 al. 2 OLAA, on ne voit pas, a fortiori, que cette réglementation spécifique ne doive pas trouver application dans l'éventualité où ce facteur revêt un caractère extraordinaire. Il faut néanmoins que la lésion corporelle (assimilée) puisse être rattachée à l'accident en cause car, à défaut d'un événement particulier à l'origine de l'atteinte à la santé, il y a lieu de conclure à une lésion exclusivement malade ou dégénérative (arrêts du Tribunal fédéral 8C_347/2013 du 18 février 2014 consid. 3.2 ; 8C_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 3.2). 8. Conformément à l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPG) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à cette indemnité 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 (al. 2). Le droit au versement de telles indemnités suppose en outre l'existence d'un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 337 consid. 1) et adéquate (ATF 123 V 103 consid. 3d ; 139 consid. 3c ; 122 V 416 consid. 2a et les références) entre l'atteinte à la santé et l'événement assuré.

9. Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente au sens de l'art. 19 al. 1 LAA (art. 19 al. 1 phr. 2 LAA). 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 (cf. ATF 134 V 109 consid. 4.1 ; ATF 133 V 57 consid. 6.6.2). 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. 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 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). 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 (arrêts du Tribunal fédéral 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 et 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2).

10. 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. À 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 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 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). 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. Étant 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). 11. Le juge 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 juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

!endif>![if> Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni la maxime inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136). À l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (RAMA 1986 n° K 665 p. 87). 12. En l'espèce, l'intimée a mis fin à ses prestations en se fondant sur une expertise de la Clinique Corela, fixant le retour au statu quo sine des lésions de l'épaule gauche au 12 novembre 2016, c'est-à-dire six mois après l'intervention chirurgicale pratiquée par le Dr D_____.

!endif>![if> De son côté, la recourante conteste la valeur probante de cette expertise et la date du statu quo sine. Elle se prévaut notamment des rapports de son chirurgien ainsi que d'une expertise du Dr E_____ du 11 avril 2017, diligentée dans le cadre d'une procédure LCA. La recourante reproche également à l'intimée de ne pas lui avoir donné l'occasion de faire récuser l'experte de la Clinique Corela et de poser des questions complémentaires. 13. D'emblée, il convient de relever que l'opération du 12 mai 2016 a consisté à pratiquer une acromioplastie, une ténodèse du biceps et une suture du tendon sous-épineux de l'épaule gauche. En outre, il ressort du rapport opératoire que le tendon sus-épineux était rompu. On se trouve donc en présence d'une lésion assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 let. f LAA.

!endif>![if> Dans son rapport d'avril 2016, l'experte de la Clinique Corela a considéré en substance que le traumatisme subi par l'assurée en octobre 2015 avait entraîné une aggravation d'un état antérieur (dégénérescence tendineuse), sous la forme d'une rupture partielle interstitielle du tendon du muscle supra-épineux. Selon elle, on pouvait s'attendre à ce que la situation évolue vers un statu quo sine six mois après l'opération de l'épaule gauche du 12 mai 2016, les symptômes douloureux étant censés nettement diminuer voire disparaître entre le troisième et le sixième mois post opératoire, bien qu'une gêne au niveau

du bras gauche pouvait persister au-delà du sixième mois lorsqu'étaient accomplis des gestes au-dessus de l'horizontale. L'experte de la Clinique Corela a conclu, dès le 12 novembre 2016, à une capacité de travail de 100 % dans la profession de femme de chambre et dans toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assurée. De son côté, le Dr E_____, mandaté par la division perte de gain LCA de SWICA pour réaliser une expertise, a fait état en avril 2017 – une année après l'expertise de la Clinique Corela – d'une évolution insatisfaisante de la lésion de la coiffe des rotateurs. L'évolution était « lente et marquée par une difficulté pour mobiliser [l']épaule gauche ». L'assurée se plaignait d'une mobilité incomplète de l'épaule gauche et de douleurs lorsqu'elle se couchait ou mobilisait son épaule au-delà de l'horizontale. À l'issue de son examen clinique, l'expert a fait état d'amplitudes articulaires plus faibles pour l'épaule gauche que pour l'épaule droite (flexion-extension mesurée à 110°-0°-50° du côté gauche et 130°-0°-60° du côté droit ; abduction active à 50° du côté gauche et 60° du côté droit ; rotation externe à 50° du côté gauche et 60° du côté droit). Il a précisé que depuis l'opération de mai 2016, l'assurée consultait son chirurgien toutes les six semaines et continuait à bénéficier de deux séances de physiothérapie par semaine. Il a conclu que l'état « actuel » de l'épaule gauche était incompatible avec la reprise de l'activité de femme de ménage, mais permettait en revanche l'exercice à plein temps d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

14. a. Il ressort de la jurisprudence qu'en présence d'une lésion – en l'occurrence la rupture d'un tendon – figurant dans la liste exhaustive de l'art. 9 al. 2 aOLAA, l'origine malade ou dégénérative des lésions doit être manifeste pour exclure toute cause accidentelle et cesser d'engager l'assureur-accidents. Pour ce type de lésion, on ne peut pas se fonder sur la simple vraisemblance prépondérante pour retenir le retour à un statu quo ante ou l'évolution vers un statu quo sine. Selon le Tribunal fédéral, on ne peut admettre qu'une lésion assimilée – malgré son origine en grande partie dégénérative – a fait place à l'état de santé dans lequel l'assuré se serait trouvé sans l'accident tant que le caractère désormais exclusivement dégénératif de l'atteinte n'est pas clairement établi (cf. supra consid. 7 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_347/2013 du 18 février 2014 consid. 3.2 et 4.3).

En tant que *lex specialis* en matière d'examen de la causalité entre une atteinte et un accident, la notion de lésion assimilée à un accident a pour effet de renverser le fardeau de la preuve. Il appartient ainsi à l'assureur-accidents d'établir clairement l'existence prépondérante d'une cause malade étrangère à l'accident (cf. arrêt du Tribunal cantonal fribourgeois 605 2017 183 du 22 février 2018 consid. 6b).

b. En l'occurrence, le dossier constitué par l'intimée ne permet pas d'établir qu'à partir du 12 novembre 2016, les troubles résiduels de l'épaule gauche ne seraient imputables qu'à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, à l'exclusion de toute cause accidentelle. En effet, en se contentant d'affirmer que les symptômes douloureux étaient censés nettement diminuer voire disparaître dans les six mois suivant l'intervention chirurgicale, sans autre précision, l'experte de la Clinique Corela n'a pas véritablement fait état d'arguments pertinents – tels qu'une dégénérescence similaire de l'épaule droite – qui permettraient d'étayer sa thèse d'un retour au statu quo sine six mois seulement après l'opération de mai 2016. Faute de motivation suffisante, on ne peut pas reconnaître à ses conclusions une pleine valeur probante. De surcroît, il ressort de l'expertise réalisée subséquemment par le Dr E_____ que les douleurs de l'épaule gauche ont persisté au-delà du 12 novembre 2016, ce qui tend à infirmer le pronostic énoncé par l'experte de la Clinique Corela selon lequel ces douleurs étaient censées nettement diminuer voire disparaître entre le troisième et le sixième mois post opératoire. Enfin, il sied de relever que lorsque l'assurée a été examinée dans le cadre

de cette seconde expertise, en avril 2017, elle présentait encore des amplitudes articulaires légèrement diminuées au niveau de l'épaule gauche par rapport à l'épaule droite, ce qui contredit là encore l'hypothèse d'un statu quo sine qui aurait été atteint le 12 novembre 2016 déjà. Au demeurant, l'assurée poursuivait alors ses séances de physiothérapie. c. L'intimée n'a pas clairement établi que les troubles de l'épaule gauche ayant persisté au-delà du 12 novembre 2016 résultaient exclusivement de phénomènes dégénératifs. Aussi convient-il d'admettre que postérieurement à cette date, ces troubles étaient toujours en rapport avec l'accident. Il incombe donc à l'intimée de continuer à les prendre en charge au-delà du 12 novembre 2016. La cause lui sera renvoyée afin qu'elle réexamine si et, le cas échéant, à quel moment le statu quo sine vel ante a été atteint, en tenant compte des principes applicables aux lésions assimilées. d. Vu l'issue du litige et l'absence de valeur probante de l'expertise de la Clinique Corela sur la question déterminante du statu quo sine, il n'y a pas lieu d'examiner le grief que soulève la recourante en relation avec une violation de ses droits de participation lors de la mise en œuvre de l'expertise précitée. e. Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis, la décision du 20 mars 2017 annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour qu'elle complète l'instruction dans le sens qui précède, puis rende une nouvelle décision. 15. Dans la mesure où l'instruction entreprise par l'intimée se révèle d'emblée incomplète, ce qui justifie que la cause lui soit renvoyée, il est inutile d'ordonner la production du dossier LCA, par appréciation anticipée des preuves. 16. La procédure est gratuite (art. 89H al. 1 LPA). 17. La recourante obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 1'500.- lui est accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 - RFPA ; RS E 5 10.03), à la charge de l'intimée. * * * * * PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant Préalablement :

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