

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2393/2010

ATAS/8/2011

ARRET

DE LA COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

du 11 janvier 2011

1^{ère} Chambre

En la cause

Madame S_____, domiciliée à Gaillard, France, comparant
avec élection de domicile en l'étude de Maître Damien CHERVAZ

recourante

contre

ALLIANZ SUISSE SOCIETE D'ASSURANCES SA, sise
Bleicherweg 19, 8002 Zürich

intimée

**Siégeant : Doris GALEAZZI-WANGELER, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et
Christine TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame S _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1956, était employée par la société X _____ SA depuis le 1^{er} mars 2000 en tant que conseillère/responsable de ventes auprès de la joaillerie puis, dès le 1^{er} février 2008, comme directrice.

En cette qualité, elle était assurée contre les conséquences des accidents professionnels et non professionnels auprès d'ALLIANZ SUISSE SOCIETE D'ASSURANCES SA (ci-après : l'assureur ou l'intimée).

2. L'assurée a été victime d'un accident à Courchevel, France, le 14 janvier 2007. En effet, alors qu'elle marchait, elle a glissé sur du verglas et chuté de sa hauteur.

Les premiers soins ont été donnés par le Dr A _____, médecin généraliste et spécialiste en radiologie à Courchevel, et la suite du traitement a été prise en charge, dès le 26 avril 2007, par le Dr B _____, médecin praticien à Annemasse.

3. Selon un courrier du 15 février 2007 de la Dresse C _____, rhumatologue à Albertville, l'assurée présentait une atteinte mécanique de l'épaule droite. La douleur était réveillée par la rotation interne et les manœuvres contraires de Jobe et Yocum étaient positives. Compte tenu de ces éléments, ce médecin a estimé que l'assurée souffrait d'une atteinte de la coiffe des rotateurs et a indiqué que des séances de rééducation étaient souhaitables.

4. Le 19 février 2007, le Dr A _____ a prescrit 10 séances de massage-rééducation de l'épaule droite.

Par la suite, le Dr B _____ a encore recommandé 8 séances de kinésithérapie les 26 avril et 22 mai 2007, 10 séances le 27 juillet 2007, 15 séances le 25 septembre 2007 et 30 séances le 29 octobre 2007

5. L'accident a été porté à la connaissance de l'assureur par déclaration d'accident-bagatelle du 8 juin 2007.

6. Le 27 août 2007, une IRM de l'épaule droite a été effectuée à l'Hôpital de la Tour, Genève. Selon le rapport y relatif, daté du 3 octobre 2007, de multiples artéfacts de mouvements ont été relevés. Malgré cela, une interruption distale du tendon du muscle sus-épineux avec le passage de liquide au niveau de la bourse sous-acromio-deltoïdienne a été constatée. Par contre, aucune amyotrophie manifeste du muscle ni aucune autre anomalie significative n'ont été mises en évidence.

7. Dans un certificat médical initial LAA, daté du 2 octobre 2007, le Dr B _____ a posé le diagnostic de déchirure de la coiffe des rotateurs (sus-

épineux) post-traumatique. Il a également précisé que le traitement ordonné était de la kinésithérapie et des antalgiques et n'a fait état d'aucune incapacité de travail.

8. Le 22 février 2008, le Dr E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a posé l'indication d'une réparation de la coiffe par voie arthroscopique.
9. En date du 20 août 2008, le Dr B_____ a, à nouveau, prescrit 30 séances de kinésithérapie. Toutefois, selon l'intimée, aucune prise en charge n'a été demandée par la recourante.
10. Par courrier du 29 mai 2009, l'assurée a été licenciée avec effet au 31 août 2009 et a été libérée de son obligation de travailler dès le 1^{er} juillet 2009.
11. Comme prévu initialement, elle s'est rendue en Bretagne en vacances, où elle a présenté un urticaire qu'elle a qualifié de psychogène. Elle a également commencé à ressentir des douleurs cervicales et au niveau de l'épaule droite.
12. De retour à son domicile, elle a consulté le Dr B_____ qui, le 3 août 2009, a prescrit 10 séances de kinésithérapie supplémentaires ainsi qu'un arrêt de travail jusqu'au 31 août inclus.

L'arrêt de travail a été prolongé par attestations des 3 septembre, 5 octobre, 3 novembre et 8 décembre 2009.

13. Le 20 août 2009, un inspecteur des sinistres de l'assureur a rencontré l'assurée.

Selon le rapport établi à l'issue de l'entretien, suite à son licenciement, les douleurs à l'épaule et dans le dos ainsi qu'une inflammation étaient apparues plus fortement. L'assurée voulait récupérer la fonction de son épaule avant de reprendre un emploi, car elle ne pouvait pas voyager et porter une valise en l'état. Elle estimait que tant qu'elle ne pouvait pas le faire, elle ne retrouverait pas d'emploi. Elle a à cet égard expliqué que [Son activité chez son précédent employeur lui permettait de travailler en l'état. Par ailleurs, selon ce rapport], le Dr B_____ « lui a fait un arrêt de travail, [dit-elle], parce qu'elle lui a dit qu'elle avait trouvé un nouveau job qui nécessitait de faire de[s] voyage[s] et [du] port de valise et qu'elle ne pouvait pas le faire compte tenu de l'état de son épaule, épaule qu'elle [disait] très enflammée en réaction à son licenciement ». Enfin, elle était *également* d'avis qu'elle pouvait s'en sortir sans opération.

14. A la demande de l'assureur, l'assurée a été examinée par le Dr F_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, en date du 7 septembre 2009.

Après avoir étudié toutes les pièces du dossier et ordonné une nouvelle IRM, ce praticien a posé le diagnostic de rupture du tendon sus-épineux de l'épaule droite.

Dans son rapport daté du 24 septembre 2009, il a précisé que l'atteinte due à l'accident, soit la rupture du tendon sus-épineux précitée, ne provoquait pas d'incapacité de travail dans l'ancienne activité que l'assurée avait pu exercer pendant deux ans malgré des douleurs qu'elle avait qualifiées de plus aiguës que lors de l'examen, et ce jusqu'au mois de juin 2009. Tant dans son activité de vendeuse en bijouterie que dans un travail de bureau en position assise, il n'y avait pas d'incapacité de travail justifiable. Sur le plan douloureux et fonctionnel, les troubles constatés étaient une conséquence naturelle de l'accident du 14 janvier 2007.

Enfin, considérant que l'assurée avait un caractère volontaire et dynamique, qu'elle ne présentait aucune tendance à majorer ses plaintes, celles-ci étant objectivées, le Dr F_____ a retenu que son licenciement avait entraîné une décompensation du phénomène douloureux que l'expertisée occultait pour ne pas perdre son emploi. Elle lui a d'ailleurs indiqué que pendant ses vacances en Bretagne, elle avait présenté un urticaire, qu'elle a elle-même qualifié de psychogène, et ressenti des douleurs cervicales et à nouveau au niveau de l'épaule droite qui n'était pratiquement plus douloureuse depuis plusieurs semaines.

15. Comme indiqué ci-dessus, une nouvelle IRM de l'épaule droite a été pratiquée, le 8 septembre 2009, à la demande du Dr F_____.

Selon le compte-rendu du même jour, une déchirure transfixiante distale du tendon et du muscle sus-épineux, avec une rétractation musculo-tendineuse d'environ 2 cm de long sans amyotrophie, a été constatée. La déchirure précitée ne s'était toutefois pas aggravée de manière manifeste par rapport aux résultats de l'IRM du mois d'octobre (recte août) 2007.

16. Le 16 octobre 2009, l'assureur a transmis à son assurée un projet de décision intitulé « Droit d'être entendu », dont il ressort que le droit aux prestations était rejeté, la causalité naturelle entre l'événement accidentel et le dommage n'étant pas réalisée. Il a en effet considéré que l'incapacité de travail dès le 3 août 2009 était totalement indépendante de l'accident dès lors qu'il s'agissait de conséquences possibles liées uniquement au licenciement.

17. Par courrier du 12 novembre 2009, l'assurée, sous la plume de son Conseil, a contesté le projet précité, considérant que l'affirmation selon laquelle l'incapacité de travail était indépendante de l'accident n'avait aucun fondement. Par ailleurs, il lui paraissait douteux qu'une rupture du tendon du sus-épineux de l'épaule droite puisse être considérée comme la suite logique d'un licenciement. De même, il lui paraissait léger de déduire l'absence de lien de causalité entre l'accident et l'incapacité de travail du simple fait qu'elle avait continué à travailler jusqu'alors.

En annexe à ce courrier figurait notamment un certificat du Dr B_____, aux termes duquel « sachant que l'évolution naturelle des lésions musculotendineuses

de la coiffe des rotateurs, dans le contexte présent, est défavorable sans traitement chirurgical, la 'rémission' observée est plus liée à une adaptation fonctionnelle de la patiente à sa lésion et non à une restitution « ad integrum » du tendon, ce qui laisse la possibilité d'une rechute toujours possible voire probable ». En conclusion, ce médecin a considéré que la rechute douloureuse était imputable aux suites de l'accident du mois de janvier 2007, le facteur 'stress' pouvant tout au plus être considéré comme aggravant mais non déclenchant.

18. Le courrier du Dr B_____ du 3 novembre 2009 a été transmis, pour avis complémentaire, au Dr F_____ qui s'est prononcé le 26 novembre 2008. Il a confirmé qu'il considérait le lien de causalité entre la chute et la lésion du tendon du sus-épineux comme étant vraisemblable (soit supérieur à 50%). Toutefois, il trouvait que le délai écoulé entre l'accident et l'incapacité de travail, soit près de 31 mois, était surprenant. Il a notamment rappelé qu'un facteur étranger à l'accident était survenu en juin 2009, soit le licenciement de l'assurée, et que malgré cette annonce, elle avait pu se rendre en vacances en Bretagne où elle avait subitement ressenti une recrudescence des douleurs. Procédant à une brève anamnèse, l'expert a rappelé qu'une IRM avait été effectuée en août 2007 et qu'elle avait montré une rupture du tendon sus-épineux d'environ 1,2 cm. Lors de l'IRM du mois de novembre 2009, la rupture était estimée à 2 cm sans amyotrophie. Il a également considéré que l'indication opératoire était certaine depuis 2007 et que traitée de manière adéquate et en temps utile, l'assurée aurait recouvré, en novembre 2009, une pleine capacité de travail dans son ancien emploi. Au contraire du Dr B_____, qui au demeurant présentait le facteur de stress comme étant un facteur aggravant, il ne pouvait exclure un lien entre le licenciement et l'incapacité de travail de l'assurée. Enfin, le Dr F_____ a rappelé qu'il avait retenu une diminution de la fonction de l'épaule droite, qui entraînait une perte fonctionnelle modérée chez l'expertisée, mais ne réduisait pas forcément sa capacité de travail dans une activité considérée comme légère et adaptable. Dans un travail lourd, cette capacité de travail serait diminuée, voire nulle.
19. Par courrier du 4 décembre 2009, l'assureur a transmis à l'assurée la réponse du Dr F_____ du 26 novembre 2009 et lui a imparti un délai pour formuler d'éventuelles observations.
20. L'assurée s'est prononcée le 16 décembre 2009. Elle a considéré que la réponse du Dr F_____ était « fort fantaisiste », ce médecin s'éloignant « passablement du domaine médical et s'aventur[ant] à tirer des conclusions juridiques et économiques hasardeuses et pour le moins hors de propos ». Cela étant, elle a souligné le fait que l'expert reconnaissait un lien de causalité vraisemblable entre la chute et la lésion du tendon du sus-épineux.

Pour le surplus, elle se référait à une lettre, non datée, qu'elle avait adressée à l'assureur-accidents, dont une copie sera transmise le 17 décembre 2010.

21. Le 5 janvier 2010, l'assureur a rendu une décision reprenant les termes de son courrier du 16 octobre 2009 et niant le droit de l'assurée au versement d'indemnités journalières, la causalité naturelle n'étant pas établie. La question de la prise en charge des frais de traitement devait faire l'objet d'une décision ultérieure.
22. Par courrier du 14 janvier 2010, l'assurée, toujours sous la plume de son Conseil, a formé opposition à la décision du 5 janvier 2010. Elle a en substance répété les arguments d'ores et déjà allégués dans ses courriers des 12 novembre et 16 décembre 2009. Au surplus, elle a notamment considéré qu'« en aucun cas ce licenciement n'a provoqué le déclenchement d'une rechute de [son] état de santé (...). Son seul effet a été de [la] confronter (...) à la gravité de ses maux et à la violence de ses douleurs et accepter le triste constat que, n'ayant plus de travail à sauvegarder, elle devait tenter de préserver au mieux son épaule avant que son tendon ne soit totalement déchiré, ce qui l'aurait rendue durablement invalide ».
23. Selon une attestation établie le 21 janvier 2010 par le Dr G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur, l'assurée nécessitait une intervention chirurgicale de son épaule droite.
24. L'intervention a été effectuée, le 22 janvier 2010, par le Dr G_____, sous la forme d'une arthroscopie de l'épaule droite et a entraîné une incapacité de travail dès cette date.

Les suites de cette intervention ont été prises en charge par l'assureur qui a adressé à l'assurée des décomptes d'indemnités journalières en date des 16 et 30 mars, 3 mai et 4 juin 2010.
25. Par courrier du 25 janvier 2010, l'assureur a accusé réception de l'opposition du 14 janvier 2010. Afin de compléter son dossier, il a notamment sollicité des précisions quant aux circonstances et conditions dans lesquelles l'assurée aurait effectué son activité salariée à Courchevel, la copie des documents transmis à l'assurance-chômage française et enfin les coordonnées exactes de l'employeur qui avait approché l'assurée et pour lequel celle-ci n'avait pu travailler en raison de la difficulté physique du poste en question.
26. Le 4 février 2010, l'assurée a transmis les précisions sollicitées. Elle a notamment indiqué que, dès lors que son contrat était prolongé jusqu'au 28 février 2010 en raison de son incapacité de travail, elle n'avait pu s'inscrire à l'assurance-chômage française. S'agissant du potentiel employeur, elle avait été recommandée, en août 2009, « auprès d'un employeur qui cherchait des employés freelance, chargés de démarcher des clients en Europe et au Proche-Orient ». Elle a également ajouté qu'elle ne percevait ni salaire ni indemnités journalières depuis la fin du mois de septembre 2009 et que si l'intervention avait eu lieu en 2007, l'assureur aurait quoi qu'il en soit dû intervenir. Enfin, en guise de conclusion, elle a considéré que

l'assureur ne contestait plus le lien de causalité naturelle, de sorte qu'il était invité à verser, dans les plus brefs délais, les indemnités auxquelles elle avait droit.

27. Par courrier du 9 février 2010, l'assureur a rappelé à l'assurée que dans la décision du 5 janvier 2010, il ne s'était prononcé que sur la justification d'une incapacité de travail dans la profession initiale et non sur la question du lien de causalité entre l'accident et l'atteinte à la santé. D'ailleurs, dans ce contexte, cette problématique était expressément réservée dès lors qu'il était précisé qu'une autre décision serait ultérieurement rendue sur la question des frais de traitement. Par ailleurs, les documents transmis ne permettaient pas de déterminer si l'assurée était toujours couverte par l'assureur. En effet, elle était détachée auprès d'une succursale française, dont les coordonnées exactes ne lui avaient pas été transmises. Enfin, l'employeur de l'assurée a indiqué à l'assureur qu'il avait versé un salaire directement à son employée et ce durant toute la période sous certificat médical.
28. Le 22 février 2010, l'assurée a transmis le nom du potentiel employeur, sis à Grünwald-München et précisé que l'offre formulée, qui concernait une activité en freelance, avec une rémunération au pourcentage des ventes effectuées, ne correspondait pas du tout à ce qu'elle recherchait et que, de surcroît, il lui était impossible de se déplacer avec plusieurs valises assez lourdes. Elle a également confirmé n'avoir reçu ni salaire ni indemnités journalières postérieurement au 31 octobre 2009.

En annexe à ce courrier figurait notamment le compte-rendu opératoire du Dr G_____ du 28 janvier 2010.

29. Par décision sur opposition du 4 juin 2010, l'assureur a confirmé sa décision du 5 janvier 2010, au vu des conclusions de l'expert, dont le rapport remplissait tous les critères lui conférant une pleine valeur probante, ainsi que de la jurisprudence imposant à l'assurée de diminuer son dommage.
30. Le 7 juillet 2010, l'assurée a interjeté recours contre la décision précitée, concluant, sous suite de dépens, à l'annulation de la décision querellée et à la condamnation de l'assureur au versement d'indemnités journalières pour la période du 3 août 2009 au 22 janvier 2010. A l'appui de ses conclusions, elle a notamment allégué que ses douleurs s'étaient amplifiées durant l'hiver 2008/2009 et que le licenciement avait eu pour conséquence de la confronter à la gravité de ses maux et à la violence de ses douleurs, précisant également que les douleurs étaient déjà présentes et de même intensité avant le licenciement. Elle a en outre contesté avoir indiqué à l'expert que ses douleurs avaient pratiquement disparu dans les semaines qui ont précédé son licenciement. Enfin, elle a considéré que l'existence de son incapacité de travail était démontrée et que le lien de causalité entre l'accident et l'incapacité de travail était manifestement réalisé, le licenciement ayant « tout au plus joué un

‘rôle aggravant mais non déclenchant’(…) en représentant une source de stress supplémentaire ».

31. Le 6 août 2010, l’intimée a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Elle a notamment contesté que les douleurs de la recourante s’étaient aggravées durant l’hiver 2008/2009, considérant que cela avait été le cas suite au licenciement. A l’appui de ses allégations, l’intimée a produit le récapitulatif des prestations de physiothérapie qu’elle a prises en charge, selon lequel elle n’a remboursé aucun traitement de ce type entre le 8 août 2008 et le 8 juillet 2009. Enfin, elle a relevé que l’assurée contestait désormais avoir indiqué à l’inspecteur de sinistres et à l’expert que ses douleurs avaient pratiquement disparu dans les semaines qui avaient précédé son licenciement.
32. Par réplique du 2 septembre 2010, la recourante a confirmé les conclusions du recours. Elle a, à nouveau, contesté avoir indiqué à l’expert que ses douleurs avaient pratiquement disparu les semaines précédant le licenciement. Elle avait d’ailleurs bénéficié de séances de physiothérapie durant cette période. L’assurée a également précisé la situation postopératoire et a invoqué une violation du droit d’être entendu, l’intimée ne l’ayant informée qu’en date du 4 juin 2010, que son incapacité de travail était remise en question pour la période antérieure à l’intervention pratiquée le 22 janvier 2010. Pour le surplus, elle a persisté dans les développements juridiques de son recours.
33. Dans sa duplique du 12 novembre 2010, l’intimée a maintenu ses conclusions tendant au rejet du recours. Elle a notamment expliqué que les séances de physiothérapie dont la recourante avait bénéficié portaient sur la rééducation du rachis lombaire. S’agissant de la violation du droit d’être entendu, l’assureur a indiqué que la décision sur opposition du 4 juin 2010 se fondait sur le rapport d’expertise du Dr F_____ ainsi que sur son complément et qu’elle avait précisé, par la suite, l’objet de la décision du 5 janvier 2010, à savoir que l’atteinte à la santé causée par l’accident ne pouvait justifier une incapacité de travail.
34. Cette écriture a été transmise à la recourante.
35. Par courrier du 17 décembre 2010, la recourante a transmis au Tribunal, à sa demande : le tirage de son extrait de compte bancaire pour la période du 1^{er} août 2009 au 31 janvier 2010, selon lequel son employeur lui a versé un salaire mensuel de 7’802 fr. 35 les 17 août, 8 septembre, 6 octobre et 9 novembre 2009, ainsi que le courrier auquel elle faisait référence dans ses observations du 16 décembre 2009 ; la recourante y indiquait que si elle avait connu la gravité de la déchirure du sus-épineux, elle se serait immédiatement mise en arrêt de travail mais elle avait relativisé et souffert en silence. La gravité de sa blessure avait été constatée par le Dr BOJOLY à la fin du mois de mars 2007. Il préconisait également une opération mais avait entretemps prescrit des séances de physiothérapie. En février 2009, les

douleurs intenses étaient revenues malgré les trois séances de physiothérapie hebdomadaires, « ce que le Dr F _____ s'était bien gardé de préciser dans son rapport ». Trois semaines après son licenciement, elle avait dû décliner une « offre d'emploi magnifique, avec voyages, donc valise, donc manipulations et poids, par conséquent incompatible avec mon état ! Le salaire était impressionnant ! et vous pensez que j'ai dû me résoudre à la décliner avec gaîté de cœur ? »

36. Ce courrier a été transmis à l'intimée et la cause gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let.a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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).

Dès le 1^{er} janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 9 octobre 2009).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003 et ayant entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-accidents, est applicable en l'espèce, dès lors que les faits juridiquement déterminants sont postérieurs à son entrée en vigueur (ATF 130 V 446 consid. 1 et ATF 129 V 4 consid. 1.2).
3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).
4. Le présent litige porte sur la question de savoir si les conséquences de l'incapacité de gain alléguée par la recourante doivent être prises en charge par l'assurance-accident pour la période courant du 3 août 2009 au 22 décembre 2010.
5. Dès lors que les écritures de la recourante portent notamment sur la période postérieure à l'intervention du 22 janvier 2010, la Chambre de céans se prononcera brièvement sur leur recevabilité.

L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué (ATF 131 V 164 consid. 2.1 p. 164; 125 V 413 consid. 1b et

2 p. 414). Dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1, 125 V 414 consid. 1A, 119 Ib 36 consid. 1b et les références citées). Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances, la procédure juridictionnelle administrative peut être étendue, pour des motifs d'économie de procédure, à une question en état d'être jugée qui excède l'objet de la contestation, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun, et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins (ATF 130 V 503, 122 V 36 consid. 2a et les références).

En l'espèce, la décision du 5 janvier 2010 portait sur le devoir de l'intimée d'indemniser l'assurée lors de son incapacité de travail dès le 3 août 2009. Tant l'opposition de la recourante du 14 janvier 2010 que la décision sur opposition querellée se sont limitées à se prononcer sur cet aspect. Ainsi, toutes les considérations relatives au montant des indemnités journalières versées après l'intervention du 22 janvier 2010 sortent du cadre du présent litige et doivent faire l'objet d'une procédure administrative séparée. Il n'y a dès lors pas lieu de les examiner dans le présent arrêt ; la recourante n'a du reste pas pris de conclusions chiffrées dans ce sens.

6. Il convient désormais de déterminer si l'intimée était fondée à refuser le versement d'indemnités journalières pour la période du 3 août 2009 au 22 janvier 2010.
7. L'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler au sens de l'art. 6 LPGA à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (art. 16 al. 1 LAA). Le droit naît le troisième jour qui suit celui de 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 (art. 16 al. 2 LAA).

Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique (art. 6, 1ère phrase, LPGA)

Le degré de l'incapacité de travail doit être fixé en tenant compte de la diminution de la productivité de l'assuré de la profession exercée jusqu'alors, aussi longtemps qu'on ne peut raisonnablement exiger de lui qu'il mette à profit sa capacité de

travail résiduelle dans une autre branche professionnelle (obligation de diminuer le dommage; ATF 129 V 460 consid. 4.2 p. 463, 114 V 281 consid. 1d p. 283). En revanche, l'estimation médico-théorique de l'incapacité de travail n'est pas déterminante (ATF 111 V 235 consid. 1b, p. 239; ATF 114 V 281 consid. 1c p. 283; cf. également Ueli KIESER, ATSG-Kommentar, 2009, n° 3 ad Art. 6).

A noter encore que compte tenu de la formulation de l'art. 6 LPGA (utilisation des termes « résulter » en français et « bedingt » en allemand), un lien de causalité entre l'atteinte à la santé et l'incapacité de travail doit exister (Ueli KIESER, Schweizerisches Sozialversicherungsrecht, 2008, n° 43, p. 164 et ATSG-Kommentar, 2009, n° 6 ad Art. 6).

8. a) En matière d'assurance-accidents, l'incapacité de travail s'apprécie généralement sur la base de données médicales (Jean-Maurice FRESARD, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, 1998, n° 69, p. 32).

b) 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 LPGA), 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).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette 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 ; ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99).

c) 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. Ainsi, lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permette de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

9. Dans sa réplique du 2 septembre 2010, la recourante a invoqué une violation du droit d'être entendu, alléguant que ce n'est que le 4 juin 2010, soit lors de la décision sur opposition, que l'intimée aurait pour la première fois remis en question l'incapacité de travail pour la période antérieure à l'intervention.

a) La jurisprudence, rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. et qui s'applique également à l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse, du 18 avril 1999 (Cst. ; RS 101). (ATF 127 I 56 consid. 2b, 127 III 578 consid. 2c, 126 V 130 consid. 2a), a déduit du droit d'être entendu, en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 126 I 16 consid. 2a/aa, 124 V 181 consid. 1a, 375 consid. 3b et les références).

Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond (ATF 127 V 437 consid. 3d/aa, 126 V 132 consid. 2b et les arrêts cités).

Selon la jurisprudence, la violation du droit d'être entendu - pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière - est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen. Au demeurant, la réparation d'un vice éventuel ne doit avoir lieu qu'exceptionnellement (ATF 127 V 437 consid. 3d/aa, 126 I 72, 126 V 132 consid. 2b et les références).

b) Dans le cas d'espèce, la recourante a eu accès au dossier et à l'expertise du Dr F_____, ce qu'elle ne remet d'ailleurs pas en cause. Seul le fait que l'intimée ne l'aurait pas informée, avant le 4 juin 2010, que l'incapacité de travail était contestée est à son avis constitutif d'une violation du droit d'être entendu. Force est toutefois de constater que le courrier intitulé « Droit d'être entendu » du 16 octobre

2009 indiquait déjà le fait que l'incapacité de travail dès le 3 août 2008 était totalement indépendante de l'accident et que le lien de causalité naturelle n'étant pas établi, le droit à des indemnités journalières était nié. La décision du 5 janvier 2010 a repris pour l'essentiel le courrier précité. Par la suite, par courrier du 9 février 2010, l'assureur a rappelé à la recourante que la décision du 5 janvier 2010 se prononçait uniquement sur la justification d'une incapacité de travail dans la profession initiale et non sur la question du lien de causalité entre l'accident et l'atteinte à la santé. Le 22 février 2010, la recourante s'est encore exprimée sur le litige. La position de l'intimée a ainsi été portée à la connaissance de la recourante dès le 16 octobre 2009 et cette dernière a pu s'exprimer à plusieurs reprises avant que la décision sur opposition ne soit rendue le 4 juin 2010. Son droit d'être entendue n'a ainsi pas été violé.

Cela étant, même si une telle violation devait être retenue, elle a, en tout état de cause, été réparée puisque la recourante a pu faire valoir ses arguments devant le Tribunal, soit une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen, (ATF 126 V 132 consid. 2b et les références; voir également MOOR, Droit administratif, vol. II, p. 190).

10. Il s'ensuit de déterminer le droit de la recourante à des indemnités journalières pour la période du 3 août au 30 novembre 2009. En effet, selon les pièces fournies, elle aurait perçu un salaire jusqu'à cette date.

A teneur de l'art. 19 al. 2 LPGA, les indemnités journalières et les prestations analogues sont versées à l'employeur dans la mesure où il continue à verser un salaire à l'assuré malgré son droit à des indemnités journalières. Conformément à la jurisprudence fédérale, cette disposition contient une subrogation (cession légale) de l'assuré en faveur de l'employeur du droit à des indemnités journalières dans la mesure du salaire effectivement versé (arrêt non publié U_266/06 du 28 décembre 2006, consid. 2.3). Par cession légale, il faut entendre le transfert d'une créance intervenant directement en vertu de la loi. La subrogation, qui est un cas d'application, se caractérise par le fait que la créance est transférée au tiers suite à l'accomplissement d'une obligation qui lui incombe en tant que débiteur envers le créancier. En d'autres termes, le tiers se substitue au créancier désintéressé de sorte que le débiteur est désormais tenu de s'acquitter de sa dette en mains du nouveau créancier, le tiers. (Thomas PROBST, in Commentaire romand, Code des obligations I, 2003, n° 3 et 6 ad Art. 166).

Dans le cas d'espèce, l'employeur de la recourante lui a versé un salaire pour les mois d'août à octobre 2009 inclus comme cela ressort des fiches de salaires et de l'extrait du compte bancaire. Ces versements ont d'ailleurs été confirmés par l'assurée dans un courrier du 4 février 2010, dans lequel elle a admis avoir perçu une rémunération jusqu'à la fin du mois de septembre 2009 puis dans un courrier du 22 février 2010, dans lequel il est fait état d'un salaire jusqu'à la fin du mois

d'octobre 2009. Ainsi, contrairement à ses affirmations dans son recours, l'assurée a perçu un salaire, à tout le moins jusqu'au 31 octobre 2009. Compte tenu de ce qui précède, au vu des aveux de la recourante, des fiches de salaires produites et de l'extrait du compte bancaire, un salaire a été versé à la recourante jusqu'au 31 octobre 2009.

Par conséquent, conformément à l'art. 19 al. 2 LPGA, il y a eu subrogation de l'employeur de sorte que la créance en versement d'indemnités journalières lui a été transférée.

La recourante n'étant plus créancière, elle ne dispose plus de la légitimation active et ne saurait par conséquent prétendre au versement d'indemnités journalières pour la période du 3 août au 31 octobre 2009 inclus, de sorte qu'elle doit être déboutée des conclusions y relatives.

11. Indépendamment de la question de la légitimation active de la recourante, il convient encore d'examiner la valeur probante du rapport d'expertise du Dr F_____, portant sur l'incapacité de travail de la recourante du 3 août 2009 au 22 janvier 2010.

a) A titre liminaire, la Chambre de céans rappelle que les médecins et experts peuvent être amenés à se prononcer sur deux types de lien de causalité en matière d'assurance-accidents:

- le lien de causalité qui doit nécessairement exister entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé, conformément à l'art. 4 LPGA, et
- le lien de causalité existant entre l'atteinte à la santé et l'incapacité de travail, comme cela résulte de l'art. 6 LPGA.

Dans le cas d'espèce, le Dr F_____ a admis l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel - la chute du 14 janvier 2007 - et l'atteinte à la santé - la rupture de la coiffe des rotateurs. Il a, au contraire, nié une telle causalité entre la rupture de la coiffe des rotateurs et l'incapacité de gain alléguée par la recourante.

Une telle appréciation n'est en soi pas contradictoire dès lors qu'une atteinte à la santé causée par un événement accidentel peut nécessiter un traitement médical, pris en charge par l'assureur-accidents, sans pour autant entraîner d'incapacité de gain.

b) S'agissant de la valeur probante du rapport du Dr F_____, la Chambre de céans constate qu'il répond aux exigences posées par la jurisprudence en la matière (ATF 125 V 351, consid. 3a). En effet, il a été établi après que l'expert ait étudié les pièces du dossier, dont notamment le rapport d'IRM du 3 octobre 2007. Il se base

sur une anamnèse complète tant personnelle que socio-professionnelle ou encore systématique. Par ailleurs, l'expert a fait réaliser une autre IRM afin de comparer la situation médicale du point de vue de l'épaule droite à celle prédominant en 2007. Il a, en outre, tenu compte des plaintes subjectives de la recourante et l'a examinée. Enfin, les conclusions de l'expert sont bien motivées. Il a notamment expliqué les raisons pour lesquelles il a considéré que l'incapacité de travail n'était pas imputable à la rupture du tendon du sus-épineux de l'épaule droite. Par conséquent, le rapport du 25 septembre 2009 remplit toutes les conditions jurisprudentielles permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante.

Sur le fond, le Dr F _____ retient une rupture du tendon sus-épineux de l'épaule droite qu'il a considérée comme étant une conséquence naturelle de l'accident du 14 janvier 2007. Cela étant, il a estimé que cette atteinte à la santé n'entraînait pas d'incapacité de travail dans l'ancienne activité de la recourante, soit celle de vendeuse en bijouterie, qu'elle a pu effectuer pendant plus de deux ans, malgré les douleurs qu'elle a qualifiées de plus aiguës que celles qu'elle ressentait au mois de septembre 2009. Par ailleurs, dans une activité de bureau en position assise, il n'y avait pas non plus d'incapacité de travail justifiable.

L'expert est enfin arrivé à la conclusion que le licenciement avait entraîné une décompensation du phénomène douloureux que la recourante occultait jusqu'alors.

Suite au certificat du Dr B _____ du 3 novembre 2009, le Dr F _____ a confirmé ce qui précède. Il a notamment rappelé de manière convaincante qu'une telle pathologie entraînait une perte fonctionnelle, modérée dans le cas de la recourante, mais ne réduisait pas forcément la capacité de travail dans une activité considérée comme légère et adaptable. Par contre, dans un travail lourd, cette capacité de travail, serait diminuée, voire nulle.

L'expertise du Dr F _____ et son complément disposent par conséquent d'une pleine valeur probante.

c) Quant au certificat du Dr B _____ du 3 novembre 2009, il ne saurait remettre en question la valeur probante du rapport précité. En effet, ce praticien ne précise à aucun moment les raisons pour lesquelles sa patiente serait incapable d'exercer sa profession habituelle, qui est une activité légère, dans laquelle l'utilisation des membres supérieurs n'est pas régulière. Il admet au contraire que « sachant que l'évolution naturelle des lésions musculotendineuses de la coiffe des rotateurs, dans le contexte présent, est défavorable sans traitement chirurgical, la 'rémission' observée est plus liée à une adaptation fonctionnelle de la patiente à sa lésion et non à une restitution « ad integrum » du tendon, ce qui laisse la possibilité d'une rechute toujours possible voire probable ». En d'autres termes, il admet que malgré son atteinte à la santé, sa patiente a pu s'adapter de telle manière qu'elle a été en mesure de travailler à 100% dans sa profession habituelle.

Compte tenu des considérations qui précèdent, l'appréciation du Dr B _____ ne permet dès lors pas d'ébranler la valeur probante de l'expertise du Dr F _____.

c) Reste à examiner si les critiques de la recourante peuvent affaiblir l'expertise du précité.

L'assurée reproche en effet au Dr F _____ non seulement de ne pas avoir protocolé correctement ses déclarations lors de l'expertise (apparition des douleurs) mais également de se contredire dans ses réponses, d'une part, en retenant un lien de causalité entre l'accident et l'atteinte à la santé et d'autre part, en considérant, que l'atteinte à la santé n'entraînait pas d'incapacité de travail.

Tout d'abord, la Chambre de céans constate que la recourante n'a entrepris de contester ses déclarations quant à l'apparition des douleurs qu'après que l'intimée ait relevé ce point dans sa décision sur opposition. Auparavant, elle n'avait jamais remis en question cet aspect de l'expertise. Or, selon le principe de la « déclaration de la première heure » développé par la jurisprudence et applicable de manière générale en assurances sociales (arrêt non publié du 1er février 2010, 9C_663/2009, consid. 3.2), en présence de deux versions différentes et contradictoires d'un fait, la préférence doit être accordée à celle que l'assuré a donnée alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le résultat de réflexions ultérieures (ATF 121 V 45, consid. 2a). Aussi convient-il de retenir les premières explications de la recourante, à savoir que les douleurs se sont intensifiées après le licenciement, ce qui correspond d'ailleurs aux déclarations qu'elle a faites, en août 2009, à l'inspecteur des sinistres et qu'elle n'a jamais contestées par la suite. L'expertise du Dr F _____ ne saurait donc être remise en question sur ce point.

La Chambre de céans relève ensuite que, comme indiqué précédemment, le Dr F _____ devait s'exprimer sur le lien de causalité entre l'atteinte à la santé et l'incapacité de travail. En d'autres termes, il devait indiquer à l'intimée si l'incapacité de travail dans la profession habituelle était due à l'atteinte à la santé ou non. Le fait que l'expert retienne un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'atteinte à la santé n'entre ainsi pas en contradiction avec le fait que l'atteinte en question n'entraîne aucune incapacité de travail dans la profession habituelle. Cette critique de la recourante est également dénuée de tout fondement.

12. Au vu de ce qui précède, le rapport du Dr F _____ doit se voir reconnaître une pleine valeur probante. Ainsi, l'incapacité de travail de la recourante n'est pas liée à l'atteinte à la santé causée par l'accident du 14 janvier 2007 de sorte que c'est à juste titre que l'intimée a refusé le versement d'indemnités journalières pour la période du 2 août 2009 au 22 janvier 2010.

13. Le recours du 7 juillet 2010 sera par conséquent rejeté.

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF ; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI-
WANGELER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le