



POUVOIR JUDICIAIRE

A/426/2019

ATAS/20/2020

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 15 janvier 2020

4^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à La Balme de Sillingy, FRANCE,
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Henri
NANCHEN

recourante

contre

BÂLOISE ASSURANCE SA, Aeschengraben 21 BÂLE,
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Michel
D'ALESSANDRI

intimée

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Dana DORDEA et Christine LUZZATTO, Juges assesseures

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le _____ 1968, de nationalité française, a travaillé comme aide-soignante à plein temps aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : les HUG).
2. L'employeur de l'assurée a adressé à la Bâloise Assurance SA (ci-après : la Bâloise) une déclaration d'accident. Le 15 février 2015, alors que l'assurée poussait un lit lourd qui roulait très mal, le pied à perfusion du lit s'était coincé dans une poignée de porte, ce qui avait plié le pied à perfusion qui était resté coincé en tirant l'épaule et le bras droits de l'assurée. Le travail n'avait pas été interrompu à la suite de l'accident. Les premiers soins avaient été donnés par le docteur B_____, aux urgences des HUG.
3. Selon un rapport établi le 18 février 2015 par la doctoresse C_____, radiologue des HUG, suite à une échographie de l'épaule droite de l'assurée, l'indication était une douleur de l'épaule droite suite à un traumatisme avec impotence fonctionnelle avec suspicion de déchirure de la coiffe des rotateurs à droite et l'examen permettait de conclure à une tendinose du supra-épineux et une ténosynovite du long chef de biceps brachial sans rupture tendineuse.
4. Selon un rapport établi le 24 février 2015 par les doctresses D_____, E_____ et F_____, radiologues des HUG, suite à une IRM de l'épaule droite de l'assurée, l'indication était un bilan de coiffe et l'examen permettait de conclure à des « signes de tendinose modérée de la partie courbe du tendon du long chef du biceps et du muscle sus épineux. Fissuration transfixiante focale du tendon du muscle subscapulaire. Kyste labral au versant postéro supérieur de la glène sans signe de compression du nerf scapulaire et très probable fissure au même niveau ».
5. Un rapport établi le 27 février 2015 par les doctresses G_____ et H_____, radiologues des HUG, suite à une IRM cervicale du même jour (comparatif : 5 mai 2009), mentionne comme indication : hernie C4-C5 droite et concluait à une protrusion discale circonférentielle en C5-C6 avec discret rétrécissement canalaire, sans franc conflit visible.
6. À teneur d'un rapport établi le 6 mars 2015 par le docteur I_____, médecin adjoint du service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG, celui-ci avait vu l'assurée le jour même pour un avis concernant son épaule droite. Il s'agissait d'une aide-soignante qui avait été victime d'un traumatisme au niveau de sa ceinture scapulaire en poussant un lit lors de son travail avec un impact de ce dernier contre un mur. Les douleurs étaient présentes depuis deux semaines et ne réagissaient pas à un traitement anti-inflammatoire standard. Elles s'étaient localisées à l'aspect postérieur de l'épaule et irradiaient vers la nuque, occasionnant régulièrement des blocages de cette dernière en fin de journée. Il était prévu de pratiquer un bilan cervical.
7. Le 13 mars 2015, l'assurée a indiqué, dans un questionnaire adressé à la Bâloise, que lors de l'accident, elle avait senti une forte décharge dans le dos et l'épaule

droite jusqu'au biceps. Elle avait pris des anti-inflammatoires et des antidouleurs. La douleur était devenue de plus en plus insupportable. Elle n'avait de ce fait plus pu lever le bras droit ni tourner la tête.

8. Le 25 mars 2015, le docteur J_____, chef de clinique FMH du service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG, a indiqué avoir revu le jour même l'assurée pour son entorse C5-C6 avec une hernie discale C5-C6 (rappelant que le Dr I_____ la suivait en parallèle pour son kyste de l'épaule droite). L'évolution sous physiothérapie n'était pas favorable. Les douleurs étaient toujours présentes avec des douleurs à la mobilisation de la nuque qui irradiaient dans le moignon de l'épaule. Il proposait d'adresser l'assurée pour une infiltration C5-C6.
9. À teneur d'un rapport établi le 29 avril 2015 par un médecin dont la signature est illisible, les premiers soins avaient été donnés à l'assurée le 15 février 2015 pour un traumatisme de l'épaule avec un mouvement forcé de rétropulsion. Depuis, l'assurée avait des douleurs avec des limitations fonctionnelles et des paresthésies de l'index. Le diagnostic provisoire était une hernie C4-C5 et C5-C6 et un kyste spino-glénoïdien ainsi qu'une lésion transfixiante de la coiffe. L'accident était la cause des symptômes actuels.
10. Le 4 mai 2015, le Dr J_____ a indiqué avoir revu l'assurée à distance de son infiltration. Ses douleurs avaient été exacerbées initialement, puis avaient diminué, mais restaient toujours présentes comme avant l'infiltration. L'assurée souffrait toujours d'une douleur centralisée sur le moignon de l'épaule, qui partait de la nuque et descendait sur la face antérieure du bras à droite, sans aller jusqu'à l'avant-bras. Les mobilités de la nuque déclenchaient ces douleurs notamment en extension. En parallèle, l'assurée était connue pour un volumineux kyste spinoglénoïdien pouvant irriter le nerf suprascapulaire.
11. Sur demande de la Bâloise, le docteur K_____ a indiqué le 13 mai 2015 que le diagnostic retenu suite à l'événement du 15 février 2015 était difficile à établir. Le dossier était incomplet. Le dernier rapport médical datait du 25 mars et beaucoup de choses avaient pu se passer depuis. Il était possible que l'état de santé soit influencé par des facteurs étrangers à l'événement du 15 février 2015. Le Dr J_____ avait évalué l'assurée en ce qui concernait des troubles cervicaux qui étaient avant tout dégénératifs. Il fallait demander au Dr I_____ quel était le rôle de la fissuration du tendon sous scapulaire dans l'évolution et obtenir le rapport de la première consultation aux urgences. Si la Bâloise changeait d'avis et acceptait la notion d'accident, il fallait alors apprécier la situation et probablement demander un rapport « is ».
12. Le docteur L_____, spécialiste en neurologie FMH, a posé, le 19 mai 2015, le diagnostic d'omalgie droite, vraisemblablement d'origine musculo-squelettique locale. L'ENMG, centré et détaillé sur l'étude des racines C5-C6 à droite, ne montrait aucune anomalie et permettait d'exclure une lésion radiculaire ou

tronculaire proximale en l'absence de signes de dénervation active ou chronique. Ce résultat n'excluait pas formellement une radiculalgie purement irritative, qui semblait cependant peu probable au vu de la description des symptômes. Le Dr L_____ penchait plutôt en faveur d'un processus local.

13. Le 9 juin 2015, l'assurée a déclaré à la Bâloise qu'elle avait débuté son travail le 14 février 2015 à 23h dans le service des urgences, où elle travaillait comme aide-soignante. Vers 4h du matin, elle était allée chercher un lit dans le couloir des urgences, lequel devait peser au moins 100 kg. Ce genre de lit n'était pas aisé à manipuler du fait de son poids. Elle avait pris de l'élan et l'avait tiré vers elle à deux bras. Le lit s'était mis à se déplacer de droite à gauche. Elle avait essayé de le retenir pour le maintenir droit et, au même moment, la potence du lit s'était prise dans une poignée de porte murale, ce qui avait provoqué un arrêt brutal du lit. Elle avait alors été secouée fortement en avant et en arrière avec le haut du corps, étant précisé qu'elle tenait encore le lit à bout de bras. La poignée de la porte murale avait été complètement arrachée et la potence tordue. Le mouvement effectué du haut du corps « avant/arrière » s'était produit comme un coup du lapin et elle avait ressenti une douleur immédiate au niveau de la nuque irradiant l'épaule et l'omoplate du côté droit, comme si on lui avait donné un coup de poignard à ce niveau.
14. Le Dr I_____ a indiqué au médecin-conseil de la Bâloise, le 10 juin 2015, que l'intervention prévue pour l'assurée était une arthroscopie de son épaule droite comprenant une ténodèse du long chef du biceps et une excision du kyste supralabral associée.
15. Le 6 juillet 2015, le Dr K_____ a indiqué à la gestionnaire de la Bâloise qu'au niveau cervical, il existait probablement un problème préalable à l'accident, car une IRM avait été pratiquée en 2009 (voir rapport IRM du 27 février 2015 : comparatif au 5 mai 2009). Il n'y avait toutefois pas de retentissement neurologique selon le Dr L_____. Dans cette situation, il fallait clarifier le diagnostic lorsqu'il pouvait y avoir une double cause des douleurs du membre supérieur. Dans le cas de l'assurée, cela avait pris du temps. Après cette clarification diagnostique, le problème cervical ne jouait pas de rôle. Au niveau de l'épaule droite, il y avait une déchirure du tendon sous scapulaire et une anomalie du tendon du biceps et c'était cela que l'on allait opérer. En ce qui concernait le kyste spinoglénoïdien, il s'agissait d'un problème indépendant de l'accident, probablement une trouvaille fortuite. L'intervention prévue le 8 juillet 2015 était en relation de causalité naturelle avec l'accident du 15 février 2015 (ténodèse du LCB). L'incapacité de travail post opération était d'au moins deux mois.
16. À teneur d'un rapport 10 juillet 2015, l'assurée a subi, le 8 juillet précédent, par le Dr I_____, une arthroscopie de l'épaule droite : « débridement de kyste, ténodèse LCB (vis) ». Le diagnostic était à l'épaule droite : « SLAP II, kyste spinoglénoïdien ».

-
17. Selon le rapport médical initial LAA établi le 1^{er} octobre 2015 par la Dresse C_____, les premiers soins avaient été donnés le 18 février 2015. L'accident avait consisté en un « mouvement forcé de rétropulsion au niveau du bras droit sur les lieux de travail ». Des douleurs à la mobilisation de l'épaule droite avaient été constatées. Un RX de l'épaule n'avait pas mis de fracture en évidence. Les lésions étaient uniquement dues à l'accident.
 18. Un rapport établi le 23 novembre 2015 par les doctresses G_____ et M_____, radiologues des HUG, suite à une IRM de l'épaule de l'assurée, concluait : « pas de rupture de la coiffe. Tendinose de la coiffe plus marquée à la jonction des tendons supra- et infra- épineux. Fine lame d'épanchement dans la bourse ou acromio-deltoïdienne ».
 19. Le 2 février 2016, le Dr K_____ a indiqué à la gestionnaire de la Bâloise que l'assurée était en incapacité travail à 50% depuis le 4 janvier 2016. En fonction des documents en sa possession, l'arrêt de travail n'était pas justifié, mais le dernier « rmi » datait de septembre. Lorsqu'on recevait un « rmi » de ce type sans aucun renseignement utile au moment où le travail devrait théoriquement être repris (et dans une situation au début pour le moins bizarre), il était nécessaire d'investiguer la situation. En l'occurrence, il fallait demander un avis rapide au Dr I_____ ou faire une expertise.
 20. Selon un rapport établi par le docteur N_____, médecin interne du service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG le 10 février 2016, l'assurée avait été en incapacité de travail à 50% du 3 janvier au 28 janvier 2015, puis à 100% du 28 janvier au 15 février 2015, à réévaluer.
 21. Le 19 avril 2016, la Bâloise a demandé au docteur O_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et chirurgie de la main, de procéder à une expertise de l'assurée.
 22. Un rapport adressé le 17 juin 2016 au Dr O_____ par les doctresses F_____ et P_____, radiologues des HUG, suite à une IRM musculature cervico-scapulaire bilatérale du 17 juin 2016, concluait : « Anomalies de signal, de trophicité et de dégénérescence, modérées de muscle dentelé antérieur droit comparativement au côté gauche avec aspect effilé de l'omoplate droite sur sa pointe médialement et anomalie de signal focale en regard, l'ensemble évoque un syndrome de dénervation de nerf thoracique long versus conflit scapulo-thoracique mécanique. À confronter à l'examen clinique (aspect décollé de la scapula ? manœuvre dynamique d'appui contre le mur et un ENMG). Pas d'anomalie en regard du muscle releveur de scapula ni des tendons de la coiffe des rotateurs à droite ».
 23. À teneur de son rapport d'expertise du 13 juillet 2016, le Dr O_____ a examiné l'assurée le 15 juin 2016. Il a constaté, sous « anamnèse personnelle », qu'elle n'avait pas d'antécédents médico-chirurgicaux. Son rapport contient une anamnèse socio-professionnelle, un résumé des suites de l'accident du 15 février 2015 par l'expertisée et il mentionne les différents rapports médicaux du dossier. Il contient

également les plaintes actuelles de l'assurée, les constatations de l'expert et une description des IRM des 23 et 27 février 2015. L'expert a notamment mentionné que l'assurée avait indiqué n'avoir jamais présenté de problèmes au niveau du rachis ni de ses membres supérieurs avant l'accident, contrairement à la majorité des autres membres de son équipe d'aides-soignants. Elle mettait cela sur le compte de sa pratique régulière du fitness. L'expert a mentionné, sous anamnèse actuelle, que le 15 février 2015, l'assurée tirait à reculons un lit d'hôpital vide, qui était resté accroché dans la poignée d'une porte. Le lit s'était immobilisé brutalement et la poignée de la porte s'était arrachée. Lors de l'arrêt, l'assurée n'avait pas eu le temps de lâcher ses deux mains qui tenaient le lit, de sorte que ses membres supérieurs avaient subi une brusque traction en avant. Sur le moment, elle avait ressenti une douleur qu'elle situait actuellement au niveau de l'épine de l'omoplate à droite, sans douleur latérale ni antérieure de l'épaule droite et sans douleur au niveau de la nuque. Le 17 février 2015, la mobilité de ses épaules était encore complète. Le 18 février 2015 au matin, elle avait constaté l'apparition d'une limitation fonctionnelle douloureuse de son épaule droite, qui ne lui permettait pas de reprendre son travail. Elle avait consulté la Dresse C_____, qui avait indiqué, dans l'anamnèse, un mouvement forcé de rétropulsion de son épaule droite, ce qui était manifestement erroné, selon la description précise donnée par l'assurée à l'expert au sujet de l'action vulnérante.

L'expert posait les diagnostics de :

- de contracture douloureuse post-traumatique distale de l'angulaire de l'omoplate droite ;
- status après arthroscopie de l'épaule droite avec débridement d'un kyste spino-glénoïdien et ténodèse du LCB le 8 juillet 2015, sans amélioration ;
- status après brusque traction antérieure passive des deux bras le 15 février 2015 avec probable claquage ou lésion de l'insertion distale de l'angulaire de l'omoplate et/ou du petit romboïde sur l'angle de l'omoplate droite ;
- discopathie dégénérative avec léger rétrécissement du canal cervical et du trou de conjugaison C5-C6 et possible radiculopathie irritative C5 droite.

S'agissant de la causalité naturelle, l'expert indiquait que, compte tenu de l'action vulnérante, de la localisation précoce et tardive des douleurs à l'angle de l'omoplate droite, de l'absence de cervicalgies et de l'absence de conflit sous-acromial droit, la seule lésion susceptible d'être en lien de causalité naturelle avec l'accident du 15 février 2015 restait un éventuel claquage/désinsertion partielle de l'angulaire de l'omoplate droite. Ce genre de lésion musculaire dans la région de la ceinture scapulaire guérissait généralement sans séquelle en quelques mois, de sorte qu'il était difficile d'expliquer la raison pour laquelle les douleurs persistaient de façon inhabituellement longue. Peut-être que l'intervention chirurgicale intercurrente et le déconditionnement avaient joué un rôle défavorable dans l'évolution du cas. L'IRM

du 15 juin 2015 ne montrait plus de lésion anatomique résiduelle à ce niveau, mais on retrouvait encore une contracture séquellaire à l'examen clinique.

Les autres problèmes de l'expertisée n'étaient clairement pas liés, même partiellement, à l'accident, notamment la découverte fortuite d'un kyste spino-glénoïdien droit (traité chirurgicalement sans succès), le trouble dégénératif asymptomatique banal de la colonne cervicale (traité conservativement sans succès) et même la découverte radiologique récente d'une dégénérescence modérée du grand dentelé droit (sans décollement clinique de l'omoplate et donc peu évocateur d'une dénervation).

L'intervention de facteurs non somatiques ne pouvait naturellement pas être exclue, mais semblait à l'expert peu probable chez l'assurée qui se présentait de façon proactive, entreprenant elle-même sa reconversion professionnelle comme secrétaire médicale.

Les troubles dégénératifs du labrum de l'épaule droite et du disque C5-C6 constituaient certainement un état maladif antérieur. Ils étaient asymptomatiques et non améliorés par les traitements entrepris et à considérer comme des découvertes fortuites de lésions dégénératives n'intervenant pas de façon significative dans l'état actuel de l'assurée.

L'accident du 15 février 2015 n'avait pas décompensé un état antérieur, en l'absence d'état antérieur pathologique au niveau de la musculature cervico-scapulaire. Les facteurs pathologiques préexistants étaient indépendants et localisés ailleurs.

Les séquelles du probable claquage traumatique des muscles cervico-scapulaires droits se présentaient aujourd'hui sous forme d'une contracture douloureuse résiduelle, sans lésion anatomique objectivable à l'IRM. Ces contractures semblaient suffisamment gênantes pour empêcher l'expertisée de reprendre son travail d'aide-soignante, surtout dans les conditions de travail qu'elle décrivait.

Dans toute autre activité professionnelle ne nécessitant pas d'efforts ni de mouvements répétitifs importants du membre supérieur droit, l'assurée pourrait déjà reprendre une activité à temps complet avec un rendement de 100%. Elle pourrait ainsi travailler dans une activité de secrétaire médicale, réceptionniste, téléphoniste ou animatrice. Comme elle venait d'obtenir son diplôme de secrétaire médicale, une reconversion professionnelle devrait pouvoir se faire immédiatement.

Un taux d'atteinte à l'intégrité de 5% pourrait être retenu par analogie avec un état situé entre la périarthrite scapulo-humérale légère et moyenne dans la table 1.2 de la SUVA.

L'état actuel de l'assurée, notamment les contractures musculaires post-traumatiques résiduelles cervico-scapulaires droites étaient entièrement à mettre sur le compte de l'événement du 15 février 2015. Les autres troubles

dégénératifs découverts fortuitement au niveau de la colonne cervicale et du labrum de l'épaule droite n'intervenaient pas dans l'état de celle-ci.

24. Dans un rapport du 20 octobre 2016, deux médecins du département de radiologie des HUG ont indiqué – après avoir procédé à une IRM plexus brachial le jour précédent et consulté pour avis la professeure Q_____ – qu'il n'y avait pas d'atteinte du plexus brachial de l'assurée.
25. Le 2 novembre 2016, le docteur R_____, chirurgien orthopédique et traumatologue de l'appareil locomoteur FMH, a indiqué avoir examiné pour un deuxième avis l'assurée pour son épaule droite. Le bilan radiologique récent révélait une rupture transfixiante de son tendon sus-épineux. Le problème décrit par le Dr O_____ était à son avis réactionnel. Il n'y avait pas de déchirure au niveau de l'élévateur, mais simplement une compensation en lien avec la lésion de la coiffe des rotateurs supérieure. Il souhaitait que l'assurée réfléchisse, règle de potentiels problèmes assécurologiques à venir et il restait à disposition si une reprise devait être envisagée.
26. Le 19 décembre 2016, le Dr R_____ a indiqué avoir revu l'assurée. Il avait par ailleurs demandé un avis à un radiologue neutre, qui confirmait le problème de tendinopathie de la coiffe des rotateurs supérieure, d'un kyste paralabral et d'arthropathie acromio-claviculaire. Il pensait que c'était ces problèmes qui étaient à l'origine d'une dyskinésie scapulothoracique qui engendrait une surcharge au niveau de l'élévateur de l'omoplate. Si la patiente se décidait, il lui proposerait une arthroscopie avec acromioplastie, résection du centimètre externe de la clavicule et réparation labrale afin de faire disparaître le kyste.
27. La Bâloise a informé le Dr R_____, en lien avec ses rapports de consultation et à l'intervention qui était prévue dans le but de faire disparaître un kyste, qu'après soumission du dossier à son service médical, il ressortait que le lien de causalité naturelle entre l'accident du 15 février 2015 et l'intervention pour le retrait du kyste n'était pas établi.
28. Le 22 février 2017, le Dr R_____ a indiqué à l'assurée qu'il s'était repenché sur son anamnèse et son dossier radiologique. Il en ressortait qu'avant le traumatisme qu'elle avait subi en 2015, elle ne présentait pas de douleur au niveau de son épaule. La Bâloise avait reconnu le sinistre et couvert une première opération qui, selon un autre orthopédiste, n'aurait pas réglé le problème principal. Elle présentait actuellement des douleurs liées à un kyste paralabral. Le mécanisme qu'elle décrivait était vulnérant et apte à engendrer une lésion de son labrum qui avait ensuite engendré la formation d'un kyste. Les autres trouvailles radiologiques, à savoir la tendinopathie de la coiffe des rotateurs et l'arthropathie acromio-claviculaire étaient la règle et n'étaient pas associées à l'accident. Ils étaient normaux au vu de son âge et ne correspondaient à une pathologie. Il lui apparaissait donc logique que la Bâloise continue à la couvrir pour les suites de l'accident.

-
29. Le 3 mars 2017, l'assurée s'est opposée à l'appréciation médicale qui lui avait été communiquée le 10 février 2017.
 30. L'assurée a fait l'objet d'une intervention le 17 mai 2017 à la Clinique générale d'Annecy pour une instabilité de l'épaule droite. Le traitement était : Bankart sous arthroscopie et l'opérateur le docteur S_____.
 31. Le 23 juin 2017, l'assurée a informé la Bâloise que, comme celle-ci avait refusé la couverture des frais liés à l'intervention que son état de santé nécessitait, elle n'avait eu d'autre solution que de se faire opérer à Annecy. N'étant pas couverte par une caisse maladie suisse, elle n'avait pas pu se faire opérer par le Dr R_____. Elle était assurée auprès de la sécurité sociale française. Compte tenu des importantes douleurs dont elle souffrait, il ne lui avait pas été possible de patienter durant la durée d'une procédure dirigée contre la Bâloise. Le Dr S_____, qui l'avait opérée à Annecy, semblait avoir constaté qu'il existait un rapport de causalité entre le diagnostic posé et l'accident. Elle demandait à la Bâloise de reprendre le dossier et de la mettre au bénéfice des prestations de l'assurance.
 32. Selon un courriel adressé aux HUG par le Dr S_____ du 26 septembre 2017, celui-ci avait revu la patiente pour un contrôle à cinq mois d'une opération de Bankart de l'épaule droite avec une douleur persistante dans le trapèze, type contracture, sans amélioration par le Valium ou la kiné. Il y avait une bonne mobilité d'épaule droite, un Tinel ++ coude droit sur le nerf cubital. Il fallait refaire un EMG et revoir. L'assurée pourrait reprendre le travail le 16 octobre 2017.
 33. Le 17 octobre 2017, le Dr O_____ a établi un complément d'expertise suite aux divers rapports médicaux établis après son rapport du 15 juin 2016 (rapports du prof. Q_____ du 19 octobre 2016 et du Dr R_____ des 1^{er} novembre 2016 et 21 février 2017). Par la suite, l'assurée avait consulté le Dr S_____ à Annecy dont le rapport de consultation manquait au dossier à disposition. Celui-ci ne contenait qu'un rapport opératoire daté du 17 mai 2017 concernant une arthroscopie de l'épaule droite réalisée par le Dr S_____.

À l'heure actuelle, l'assurée devrait avoir repris toutes ses activités sportives, mais les suites postopératoires n'étaient malheureusement pas connues. En résumé, le Dr R_____ attribuait successivement la nature des plaintes de l'assurée à une lésion de la coiffe des rotateurs, puis à un kyste paralabral et le Dr S_____ retenait une instabilité sur désinsertion antérieure avec absence du labrum et du long biceps. Il restait donc deux questions en suspens. L'absence de labrum antérieur et de long biceps retrouvée à l'arthroscopie du 17 mai 2017 pouvait-elle être mise en relation avec le débridement arthroscopique de ces deux structures le 8 juillet 2015, associé au débridement d'un kyste spino-glénoïdien ? Restait alors à savoir si la lésion labrale et le kyste qui avaient motivé les opérations de 2015 et 2017 étaient liés l'accident du 15 février 2015. L'expert confirmait en conséquence ses conclusions du 15 juin 2016. S'agissant de savoir quelle était la nature réelle des plaintes de l'assurée que le Dr R_____ et lui-même avaient localisées à l'angle supérieur de

l'omoplate, s'il s'agissait d'un état réactionnel à un problème labral, on aurait pu s'attendre à ce qu'il soit réglé par le débridement arthroscopique de cette structure en 2015 et/ou sa stabilisation arthroscopique en 2017. Selon la patiente, la première opération n'avait rien changé et les suites de la seconde opération n'étaient pas connues. Si elles devaient être à nouveau défavorables, cela confirmerait une origine extra-articulaire des plaintes, comme il l'avait retenu dans son premier rapport du 15 juin 2016. En conclusion, il maintenait ses premières conclusions.

34. Selon un rapport établi par la docteure T_____, à Annecy, le 10 novembre 2017, suite à une électroneuromyographie réalisée uniquement à droite en raison du port d'un plâtre à gauche, avait été retrouvé un bloc de conduction sensitif du nerf ulnaire droit en amont du coude pour lequel une mise en repos du nerf (avec port d'une attelle de repos nocturne pendant un mois et demi) était dans un premier temps conseillée avec un contrôle électroclinique à l'issue ou avant, en cas d'aggravation, afin d'envisager en fonction de l'évolutivité des paramètres électriques une éventuelle neurolyse du coude.
35. Le 14 novembre 2017, l'assurée a demandé une décision sujette à recours.
36. En décembre 2017, le Dr S_____ a répondu à des questions qui lui avaient été posées par la Bâloise que les raisons médicales qui avaient motivé l'intervention du 17 mai 2017 étaient des douleurs et une raideur ainsi qu'une impotence ponctuelle de l'épaule. L'assurée avait été opérée le 17 mai 2017 et le 31 janvier 2018 avec une persistance des douleurs. Elle souffrait d'arthrose gléno-humérale post-traumatique.
37. Selon un rapport établi par le Dr S_____, l'assurée a subi une intervention le 31 janvier 2018 pour une instabilité récidivante et une omarthrose. Le traitement avait consisté en une intervention de Bankart sous arthroscopie.
38. Dans un rapport du 26 mars 2018, le docteur U_____, radiologue à Annecy, a conclu suite à des radiographies numérisées de l'épaule droite de l'assurée, pour un bilan préopératoire, qu'il n'y avait pas d'anomalie osseuse focale notable, ni pincement de l'espace sous-acromial, mais un pincement débutant de l'interligne gléno-huméral dans la partie inférieure.
39. Dans un rapport médical du 27 mars 2018, le Dr S_____ a indiqué que six semaines après l'intervention de Bankart avec omarthrose, l'épaule de l'assurée restait très douloureuse avec toutefois une mobilité un peu rassurante.
40. Le 15 mai 2018, le Dr O_____ s'est encore prononcé sur les quatre pièces médicales précitées. Contrairement aux examens neurologiques faits aux HUG en 2016, une neuropathie cubitale au coude droit avait pu être objectivée par ENMG le 10 novembre 2017, mais on ne connaissait pas la date d'apparition de ces troubles, ni leur évolution. Lors de l'examen neurologique de novembre 2017, l'assurée portait un plâtre au membre supérieur gauche contro-latéral pour des raisons inconnues. Suite au débridement labral arthroscopique en 2014 (sic) suivi de sa stabilisation arthroscopique en 2017, l'évolution avait été défavorable, ce qui

confirmait une origine extra-articulaire des plaintes. Le Dr S_____ avait cependant retenu le diagnostic d'une instabilité récidivante pour laquelle il avait refait un Bankart arthroscopique le 31 octobre 2017 avec une évolution défavorable. De plus, après trois arthroscopies, on assistait progressivement à l'apparition de dégâts cartilagineux gléno-huméraux évoluant vers une omarthrose.

En conclusion, l'assurée, en bon état général, avait subi, le 15 février 2015, un claquage de l'angulaire de l'omoplate droit dont elle gardait, lors de son expertise médicale du 15 juin 2016, une contracture douloureuse, sans limitation fonctionnelle de l'épaule, susceptible de la gêner encore dans son ancien travail d'aide-soignante, mais pas dans une activité adaptée telle que celle de secrétaire médicale, réceptionniste, téléphoniste ou animatrice. Le pronostic était alors bon avec la possibilité de retrouver une pleine capacité de travail, même dans son activité habituelle vers la fin de l'année 2016. Malheureusement, la symptomatologie douloureuse avait été attribuée à un problème intra-articulaire suivi de trois arthroscopies aboutissant à une omarthrose avec limitation fonctionnelle douloureuse de l'épaule droite et à la demande d'une rente. Pour rappel, l'IRM de l'épaule droite du 23 février 2015, faite une semaine après le traumatisme, ne montrait aucune lésion traumatique visible, ni lésion cartilagineuse, mais uniquement une petite lésion dégénérative banale du labrum avec un kyste spino-glénoïdien et une tendinopathie interstitielle mineure et banale du sus-épineux. L'omarthrose actuelle ne pouvait donc en aucun cas être mise sur le compte de l'accident. Elle était apparue à la suite de trois arthroscopies faites pour des raisons indépendantes de l'accident, à commencer par le débridement d'une petite lésion labrale avec kyste spino-glénoïdien manifestement dégénératif et ancien. Sur le plan asséculogique, on ne pouvait retenir aucune incapacité de travail liée à l'accident au-delà de la fin 2016, même dans l'ancienne profession d'aide-soignante. À partir du début 2017, l'état de l'épaule droite de la patiente était essentiellement lié aux troubles intra-articulaires non traumatiques et, par conséquent, à la charge de l'assurance-maladie. Il en allait certainement de même pour la neuropathie intercurrente du cubital au coude droit objectivée à la fin 2017.

41. Le 2 juillet 2018, la Bâloise a rendu une décision niant le lien de causalité naturelle entre les troubles actuels de l'assurée et l'accident du 15 février 2015 dès le 31 décembre 2016 et octroyant à l'assurée une indemnité pour atteinte à l'intégrité physique de 5% du montant maximum du gain assuré en 2015 (CHF 126'000.-), soit une indemnité de CHF 6'300.-.
42. Le 24 août 2018, l'assurée a formé opposition à la décision de la Bâloise. Le lien de causalité entre ses affections et l'accident du 15 février 2015 était confirmé par les rapports médicaux du Dr R_____ ainsi que par les rapports de radiologie. Les conclusions du Dr O_____ devaient être écartées. Dans son rapport du 13 juillet 2016, ce dernier avait conclu à une absence totale de lien de causalité alors que dans son rapport du 17 octobre 2017, il avait été plus nuancé en retenant qu'il n'y avait toujours pas de lien de causalité naturelle suffisant. Son rapport du 17 octobre

2017 était sujet à caution dans la mesure où il se fondait, de son propre aveu, sur un dossier incomplet. Ainsi, il était manifeste que son appréciation était lacunaire et en contradiction avec les pièces probantes du dossier. De plus, le taux retenu à titre d'atteinte à l'intégrité physique apparaissait sous-évalué, compte tenu des suites de l'accident, de sorte qu'il convenait de reprendre l'examen de ce poste en tenant compte de l'ensemble du dossier médical. Il était piquant de relever que le dispositif de la décision ne reprenait pas ce poste du dommage et ne condamnait pas la Bâloise à s'acquitter d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité physique. Par conséquent, l'assurée concluait à l'annulation de la décision du 2 juillet 2018, à la reconnaissance du lien de causalité et à l'octroi des prestations légales, y compris à l'octroi de l'indemnité à titre d'atteinte à l'intégrité. Une instruction médicale complémentaire circonstanciée et complète de son dossier était en cours. Elle ne manquerait pas de transmettre son résultat à la Bâloise.

43. Par décision du 14 décembre 2018, la Bâloise a rejeté l'opposition formée par l'assurée, sur la base des rapports du Dr O_____ qu'elle considérait concluants. L'assurée n'apportait, selon elle, pas d'éléments permettant de contredire les conclusions de ce médecin.
44. L'assurée a formé recours contre la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre des assurances sociales) le 1^{er} février 2019. Elle contestait l'appréciation du Dr O_____ qui n'avait pas de valeur probante et qui était en contradiction avec les pièces médicales pertinentes et probantes du cas d'espèce. L'expertise du Dr O_____ ne satisfaisait pas aux critères jurisprudentiels en matière de valeur probante d'une preuve médicale. En effet, il avait examiné la recourante le 15 juin 2016 et ne l'avait pas revue depuis, notamment lorsqu'il avait rendu son rapport du 17 octobre 2017 et celui du 15 mai 2018, sur lesquels la Bâloise s'était fondée pour rendre la décision du 2 juillet 2018 et la décision sur opposition du 14 décembre 2018. Le lien de causalité était encore admis par la Bâloise lorsque le Dr O_____ avait examiné la recourante le 15 juin 2016 alors qu'il ne l'était plus lorsqu'il avait rédigé les deux derniers rapports. Si l'on s'en tenait à la décision de la Bâloise, la situation aurait dû être notamment différente lors des deux derniers rapports et aurait donc nécessité de nouvelles consultations afin que le Dr O_____ rende des rapports exhaustifs et conformes à la réalité. Par ailleurs, le Dr O_____ s'était fondé sur des dossiers incomplets lors de ses deux derniers rapports, puisqu'il mentionnait lui-même que la patiente avait consulté le Dr S_____ dont le rapport de consultation manquait au dossier à disposition et qu'elle devrait avoir repris toutes ses activités sportives, mais que les suites post-opératoires n'étaient pas connues. Le Dr O_____ mentionnait également dans son rapport le 15 mai 2018 que, lors de l'examen neurologique de novembre 2017, l'assurée portait un plâtre au membre supérieur gauche contro-latéral pour des raisons inconnues. Les rapports des 17 octobre 2017 et 15 mai 2018 n'étaient donc pas exhaustifs et n'avaient pas été établis en connaissance de l'anamnèse de la recourante. Lors de

son dernier rapport, l'expert avait affirmé que l'on ne pouvait retenir aucune incapacité de travail liée à l'accident au-delà de la fin 2016, même dans l'ancienne profession d'aide-soignante. Cette affirmation était en parfaite contradiction avec les pièces du dossier, dont notamment le rapport médical du 27 mars 2018 du Dr S_____, qui mentionnait que l'épaule de la recourante restait très douloureuse et qu'elle ne pouvait pas lever son bras au-delà de la hauteur de l'épaule, et le rapport du Dr V_____ qui retenait, le 2 septembre 2018, que l'assurée n'était actuellement pas apte à reprendre son poste d'aide-soignante. Le délai d'une éventuelle reprise n'était pas encore prédictible. Si le Dr O_____ l'avait revue avant de rendre son rapport, il aurait constaté qu'elle avait des douleurs constantes, matin et soir, au niveau de son épaule droite et qu'elle ne pouvait plus pratiquer d'activités sportives. Après deux heures de marche, son bras se paralysait. Elle ne pouvait plus le lever ou tourner la tête à droite. L'examen de l'épaule droite effectué par le Prof. W_____ mettait en évidence une mobilité réduite en élévation, une perte de force de 4,5/5 dans toute la musculature scapulo-humérale droite et une importante laxité aboutissant à une instabilité douloureuse. Selon lui, elle pouvait travailler en tant que secrétaire avec des aménagements ergonomiques en évitant des ports de charge excédent 3 kg et les mouvements répétitifs au-delà de la hauteur de l'épaule. On voyait mal comment le Dr O_____ pouvait prétendre rendre un rapport exhaustif correspondant à la réalité actuelle de la situation, tout en affirmant que la recourante pourrait reprendre son ancienne profession d'aide-soignante, qui impliquait de pousser des lits de centaines de kilos et déplacer des patients grabataires. L'appréciation du Dr O_____ était dépourvue d'anamnèse et ne faisait pas état de l'ensemble des plaintes de la recourante. Il ne discutait pas des multiples diagnostics différentiels, vingt-cinq au total, établis et retenus par les médecins ayant rendu des avis sur son dossier. Contrairement au Prof. W_____ qui motivait et expliquait son argumentation, littérature médicale à l'appui, le Dr O_____ n'étayait pas son raisonnement. Par exemple, il concluait de l'IRM de l'épaule droite du 23 février 2015 que la recourante présentait une petite lésion dégénérative banale du labrum avec kyste spino-glénoïdien, témoignant de sa nature dégénérative et ancienne. Or, ce n'était pas ce qui ressortait de l'IRM et aucune explication au sujet de la nature dégénérative et ancienne du kyste n'était donnée. En outre, les appréciations du Dr O_____ étaient peu motivées et peu convaincantes, en raison de l'absence totale d'explications à ses constatations. Il posait le diagnostic de probable claquage ou lésion de l'insertion distale de l'angulaire de l'omoplate et d'éventuel claquage/désinsertion partielle de l'angulaire de l'omoplate droite. Outre le fait que ce diagnostic n'était pas développé et que la notion de claquage apparaissait pour la première fois au dossier sans aucune explication, le Dr O_____ ne faisait que des suppositions non étayées. Il soulignait par ailleurs que ce genre de lésions guérissait généralement sans séquelle en quelques mois, de sorte qu'il était difficile d'expliquer la raison pour laquelle les douleurs persistaient de façon inhabituellement longue. Il continuait son rapport en mentionnant que les troubles dégénératifs du labrum de l'épaule droite et

du disque C5-C6 constituait certainement un état maladif antérieur, sans discuter la divergence entre son appréciation et celle du Dr R_____, notamment. Ainsi ses conclusions n'étaient ni motivées ni convaincantes. En revanche, le Prof. W_____ avait établi à satisfaction de droit le lien de causalité entre l'accident du 15 février 2015 et les affections orthopédiques définitives et incapacitantes dont la recourante souffrait toujours. La force probante du rapport du Prof. W_____ était indéniable. Il affirmait sans le moindre doute qu'il existait un lien de causalité entre l'accident et ses lésions. Ainsi, la chambre des assurances sociales devrait reconnaître la persistance du lien de causalité entre l'accident et les affections orthopédiques dont elle souffrait encore.

Le taux retenu au titre de l'atteinte à l'intégrité physique apparaissait sous-évalué compte tenu des suites de l'accident, de sorte qu'il fallait également reprendre l'examen de ce poste en tenant compte de l'ensemble du dossier, et notamment, de l'expertise du Prof. W_____, qui retenait une atteinte permanente à l'intégrité corporelle de 20% selon le barème LAA.

En conclusion, la recourante concluait à l'annulation de la décision de la Bâloise du 14 décembre 2018, à ce qu'il soit constaté qu'un lien de causalité persistait entre ses affections et l'accident du 15 février 2015, à la condamnation de la Bâloise à lui allouer ses prestations au-delà du 31 décembre 2016 et à rendre une décision relative à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité physique, au renvoi de la cause à la Bâloise pour reprise de l'instance et octroi des prestations dues et à l'allocation d'une indemnité équitable à titre de dépens.

À l'appui de son recours, l'assurée a produit, notamment, un rapport d'expertise du Prof. W_____ du 28 janvier 2019, dans lequel l'expert rappelait que le 15 février 2015, l'assurée avait subi un accident sur son lieu de travail en tirant un lit d'hôpital vide qui était resté croché dans la poignée d'une porte. Il y avait eu une immobilisation brutale du lit et un arrachement de la poignée de la porte, ce qui avait entraîné une brusque traction en avant des deux membres supérieurs de l'assurée, surtout du droit, des douleurs au niveau de l'épaule et l'omoplate droite. L'expert a rapporté les plaintes actuelles de l'assurée et procédé à une anamnèse professionnelle et personnelle. Il a décrit les résultats de son examen clinique et résumé les différents rapports médicaux au dossier, relevant, notamment, que le 17 juin 2016, donc seize mois après l'accident, le Dr O_____, qui pensait à un claquage du muscle angulaire de l'omoplate, avait demandé à faire pratiquer une IRM de la musculature cervico-scapulaire bilatérale de l'assurée et que le Dr X_____ des HUG avait conclu, sur cette base, à une dénervation du territoire du long thoracique et donc du muscle grand dentelé. Le Dr O_____ avait eu connaissance de cette lésion qu'il avait lui-même recherchée mais, curieusement, n'en avait donné aucune explication. À l'évidence, ce type de lésions d'étirement ou de compression du nerf long thoracique amenant à une dénervation musculaire partielle n'était pas d'origine dégénérative mais accidentelle. Il était compatible avec la brusque traction sur l'épaule droite d'un lit d'hôpital (144 kg à 199 kg au

plus) brutalement arrêté. Jusque-là, les examens cliniques s'étaient cantonnés à la colonne cervicale et à l'articulation glénohumérale de l'assurée. Le fait de trouver en plus des traces d'une lésion du nerf long thoracique sous forme d'une dénervation partielle du muscle grand dentelé corroborait largement la thèse des séquelles douloureuses dues aux multiples lésions subies à l'épaule droite de cette infirmière tirant un lit lourd brutalement arrêté de façon inopinée. D'ailleurs, l'accident et sa prise en charge n'avaient fait aucun doute pour l'assureur. La littérature foisonnait d'études et d'articles mettant en garde contre les lésions importantes menaçant les employés hospitaliers qui manipulaient des dispositifs lourds sur roulettes, tels que des lits d'hôpitaux. Les forces requises pour pousser ou tirer un lit d'hôpital vide étaient considérables et excédaient souvent les moyens d'un seul opérateur. Les forces en jeu sur les articulations de l'épaule dépendaient de la position des mains, de l'angle d'élévation, d'abduction ou d'adduction de l'épaule et de facteurs comme la répartition des poids, la surface de glissement et l'entretien du matériel roulant. DE LOOZE et al. insistaient sur le fait que plus que le poids de l'objet à tirer ou pousser, c'était les changements de direction qui étaient responsables des lésions créées lors de ces efforts de pousser-tirer. En l'occurrence, c'était ce qui s'était passé, le lit s'était mis à zigzaguer et à dévier de sa trajectoire, ce que l'assurée n'avait contrôlé que difficilement par la force de ses membres supérieurs. Pour finir, le lit s'était pris dans une poignée de porte avec un arrêt inattendu tellement brutal que la poignée de porte s'était arrachée. On pouvait imaginer l'importance de la force de traction exercée soudainement sur l'épaule droite de l'assurée.

Le Prof. Y_____ a posé le diagnostic d'instabilité multidirectionnelle douloureuse acquise par un étirement brutal de l'articulation glénohumérale droite avec répercussion sur le nerf long thoracique. Ce diagnostic était étayé par les constatations d'instabilité du Dr S_____, lors de ses deux arthroscopies et par l'examen clinique actuel. L'instabilité multidirectionnelle avait été parfaitement décrite par NEER et al., en 1980, et confirmée et détaillée par de nombreux auteurs. Il s'agissait d'une laxité de l'épaule antérieure et postérieure avec une composante de laxité inférieure. La survenue de cette laxité multidirectionnelle était en rapport avec un ou plusieurs traumatismes qui engendraient une élongation des structures capsulo-ligamentaires. Une étiologie accidentelle liée à un étirement brutal pouvait avec certitude causer une élongation traumatique des ligaments glénohuméraux et aboutir à une laxité douloureuse acquise. La présence de ces lésions multiples dues à la traction brutale expliquait la multiplicité des lésions décrites dans les examens d'imagerie effectués. Finalement, ce qui posait problème, c'était le rejet par l'assureur de la persistance de la symptomatologie douloureuse et de l'impotence fonctionnelle en invoquant des lésions dégénératives préexistantes sans lien avec l'accident.

L'expert a répondu aux questions qui lui étaient posées en précisant qu'il avait examiné l'assurée les 20 août 2018 et 17 février 2019 (sic).

S'agissant de la causalité, l'ensemble des éléments lésionnels cliniques et radiologiques reflétaient les conséquences du traumatisme, à savoir un étirement brutal, subi par l'épaule droite de la patiente lors de l'accident, aboutissant à une laxité douloureuse acquise. La cause accidentelle de cette situation était, avec certitude, au degré de la vraisemblance prépondérante. On pouvait donc admettre que, sans cet accident, l'instabilité douloureuse acquise que présentait la patiente ne serait pas survenue.

On pouvait admettre que certains facteurs préexistaient à l'accident et qu'ils avaient été aggravés par celui-ci. Le kyste paralabral préexistait à l'accident de manière asymptomatique. Ce kyste était dû à une lésion labrale qui préexistait de façon asymptomatique. Les lésions de l'acromio-claviculaire droite, asymptomatiques, décrites lors de l'IRM du 23 février 2015, préexistaient à l'accident, mais n'avaient jamais, même après l'accident, été causales de plaintes, gênes ou douleurs de la part de la patiente. De même, les lésions constatées au niveau de la colonne vertébrale (IRM du 27 février 2015) faisant état d'une protrusion discale circonférentielle en C5-C6, préexistaient à l'accident. Celui-ci avait aggravé cette situation lors du coup du lapin décrit par la patiente, mais n'était pas causal de la protrusion discale décrite. Les lésions causées par l'accident et aboutissant à une instabilité douloureuse par laxité acquise de l'épaule droite représentaient le 80% des étiologies aboutissant à la situation clinique actuelle. Les aggravations de lésions préexistantes gléno-humérales et cervicales représentaient le 20 % restant.

L'épaule laxo et instable due à la forte traction subie par l'assurée allait perdurer. Les lésions neuro-tendino-capsulo-musculaires de l'épaule droite subies par la traction brutale mettaient un temps long et, par conséquent, indéterminé à cicatriser. Même si une forme de cicatrisation intervenait, les traces de l'altération structurelle de la substance tendino-capsulaire persistaient sous la forme d'une élongation permanente. Cette élongation tissulaire entretenait l'instabilité douloureuse de l'épaule. Il était donc pratiquement impossible d'établir une temporalité définissant le retour au *statu quo ante* ou *sine*. L'état final n'était pas atteint et un traitement était encore nécessaire.

Selon le barème LAA, on pouvait considérer une atteinte permanente à l'intégrité à 20% au niveau de l'épaule droite, qui présentait des signes cliniques d'instabilité, de périarthrite scapulo-humérale moyenne, d'omarthrose débutante sur laxité et d'atteinte partielle du nerf du grand dentelé.

L'assurée pouvait travailler en tant que secrétaire avec des aménagements ergonomiques à 100%. Elle était d'ailleurs au travail depuis le 22 août 2016 à 100% avec un contrat à durée déterminée et en recherche d'un poste définitif.

Le Prof. W_____ ne partageait pas entièrement les conclusions du Dr O_____. Il existait des lésions et trouvailles qui n'étaient pas en rapport direct avec l'accident, comme la présence d'un kyste paralabral, les anomalies de l'articulation acromio-claviculaire ou la protrusion discale circonférentielle en C5-C6. Par contre, les

lésions de l'épaule droite de l'assurée, à savoir un état d'instabilité sur laxité multidirectionnelle post-traumatique, une périarthrite scapulo-humérale moyenne avec de multiples tendinopathies et atteintes articulaires et l'omarthrose débutante étaient très clairement en lien causal avec le sévère accident de traction brutale subi par l'assurée le 15 février 2019. À la fin du rapport du Prof. W_____ figurent cinq pages de référence à la littérature médicale.

45. Par réponse du 2 avril 2019, l'intimée a conclu au rejet du recours, considérant que l'expertise du Dr O_____ était probante et que les conclusions du Prof. W_____ étaient sujettes à caution car, pour appuyer sa thèse, il avait dramatisé l'accident survenu le 15 février 2015 en retenant que l'assurée avait subi une forte traction à l'épaule droite ainsi qu'un coup du lapin à la colonne cervicale, alors qu'en réalité, elle n'avait aucunement subi une forte traction de l'épaule droite ni un quelconque coup du lapin. La traction à l'épaule droite était par ailleurs totalement indépendante du poids du lit. Un tel accident était banal et aucunement de nature à occasionner l'ensemble des troubles relevés par le Prof. W_____ en relation de causalité naturelle et adéquate avec celui-ci.

Le Prof. W_____ retenait le diagnostic d'instabilité multidirectionnelle douloureuse acquise par étirement brutal de l'articulation glénohumérale droite avec répercussion sur le nerf long thoracique. Il n'expliquait pas les raisons pour lesquelles un tel diagnostic n'avait pas été retenu suite à l'échographie de l'épaule droite du 18 février 2015, trois jours après l'accident, à l'IRM du 23 février 2015 (sept jours après l'accident) et à l'IRM cervicale pratiquée le 27 février 2015.

L'IRM de l'épaule droite du 23 février 2015 ne montrait aucune lésion traumatique visible ni aucune lésion cartilagineuse mais uniquement une petite lésion dégénérative banale du labrum avec un kyste spino-glénoïdien et une tendinopathie interstitielle mineure et banale du sus-épineux. Cet examen ne montrait pas non plus d'élongation traumatique des ligaments glénohuméraux. Si réellement le diagnostic retenu par le Prof. W_____ était en relation de causalité naturelle avec l'accident du 15 février 2015, nul doute que de tels troubles auraient été visibles sur les différents examens radiologiques pratiqués, or, tel n'était pas le cas. Le Prof. W_____ n'indiquait pas en quoi l'omarthrose actuelle serait en relation de causalité naturelle avec l'accident et non avec les trois arthroscopies subies par l'assurée pour des troubles qu'il reconnaissait ne pas être pas en relation de causalité naturelle avec l'accident.

Le Prof. W_____ ne faisait état d'aucun élément objectivement vérifiable qui aurait été ignoré dans l'expertise et ses compléments, suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions.

C'était ainsi à bon droit que l'intimée avait mis un terme à la prise en charge des prestations avec effet au 31 décembre 2016.

S'agissant de l'indemnité pour l'atteinte à l'intégrité, la Bâloise avait alloué à l'assurée une indemnité de 5%, soit CHF 6'300.-.

Le taux de 20% retenu par le Prof. W_____ n'était pas en adéquation avec l'atteinte réellement subie par la recourante, qui était notamment à même d'exercer une activité professionnelle de secrétaire médicale à plein temps, avec un plein rendement. Le taux de 5% retenu par le Dr O_____ était parfaitement conforme à l'atteinte présentée par la recourante, en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident survenu le 15 février 2015.

46. Par réplique du 25 avril 2019, la recourante a relevé que la Bâloise s'était fondée notamment sur des rapports médicaux du Dr K_____, mais qu'aucune pièce médicale rédigée par celui-ci ne figurait dans le dossier que la Bâloise avait transmis à la recourante le 13 octobre 2017. Or, les rapports médicaux du Dr K_____ étaient utiles, dans la mesure où ils retenaient que les troubles persistants et douloureux d'origine musculaire de la recourante étaient en lien de causalité avec l'accident (pièce 65 intimée). Contrairement à ce que faisait valoir l'intimée, le déroulement de l'accident décrit par le Prof. W_____ était fondé sur les pièces du dossier médical de la recourante, en particulier les rapports des Drs J_____ et I_____. Les griefs développés par l'intimée contre le rapport du Prof. Z_____ devaient être écartés. Ce dernier avait développé la validité de sa thèse sur quatre pages et avait produit des pièces et des références de littérature médicale à l'appui de ses conclusions. Il avait expliqué pourquoi les diagnostics posés par ses prédécesseurs ne pouvaient pas être exacts et que le type de lésion n'était pas d'origine dégénérative, mais accidentelle.

En conséquence, la recourante persistait dans ses conclusions.

47. Par duplique du 17 mai 2019, l'intimée a également persisté dans ses conclusions du 2 avril 2019.
48. Sur ce, 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 - 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).

En vertu de l'art. 58 al. 2 phr. 1 LPGA, si l'assuré ou une autre partie sont domiciliés à l'étranger, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de leur dernier domicile en Suisse ou celui du canton de domicile de leur dernier employeur suisse.

En l'espèce, la recourante est domicilié en France et travaille pour un employeur sis dans le canton de Genève. Sa contestation porte sur une question relative à la LAA. La chambre de céans est par conséquent compétente à raison du lieu et de la matière pour juger du cas d'espèce.

2. Le 1^{er} janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est 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 citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.
3. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais pendant la période du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c LPGA et art. 89C let. c LPA), le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).
4. Le litige porte sur le droit de la recourante aux prestations de l'intimée au-delà du 31 décembre 2016.
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).

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 condition est réalisée 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 que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé: il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1).

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.

Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prêter 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).

6. 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. Si un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (*statu quo sine*) (RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b; arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.2). 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).
7. Les lésions énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016, seront assimilées à un accident aussi longtemps que leur origine malade ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, ne peut être tenue pour manifeste. On ne se fondera donc pas simplement sur le degré de vraisemblance prépondérante pour admettre l'évolution d'une telle atteinte vers un *statu quo sine*. Admettre, dans ce cadre, le retour à un *statu quo ante* ou l'évolution vers un *statu quo sine* en se fondant sur la vraisemblance prépondérante reviendrait à éluder cette disposition de l'OLAA. On se trouverait du reste à nouveau confronté, immédiatement après avoir admis l'existence de lésions assimilées à un accident, à

la difficulté de distinguer entre l'origine dégénérative ou accidentelle de ces lésions (arrêt du Tribunal fédéral 8C_110/20165 du 16 novembre 2016 consid. 6.2 et arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 162/2006 du 10 avril 2004 consid. 4.2).

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; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).
9. a. 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). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1).
- 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 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 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).

c. Ainsi, en principe, lorsqu'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 permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

d. Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. 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). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

e. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

f. On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment

pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 2.2).

10. 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).
11. La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGA) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGA). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références).

Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46), entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé

ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.3).

12. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3).

Le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d).

13. a. En l'espèce, le rapport d'expertise du Dr O _____ est fondé sur un examen de l'assurée, l'ensemble du dossier médical et d'imagerie, il contient une anamnèse, les plaintes de l'expertisée et répond clairement et de façon motivée aux questions

posées. Le fait que le Dr O_____ n'ait pas revu la recourante pour ses compléments d'expertise n'apparaît pas critiquable, dès lors qu'il lui était demandé de prendre position sur les rapports médicaux produits par celle-ci.

Si, comme l'a relevé la recourante, le Dr O_____ s'est prononcé sur un dossier incomplet le 17 octobre 2017, puisqu'il ne disposait pas du rapport du Dr S_____ et ignorait de ce fait l'évolution de l'assurée suite à son opération, cela a été corrigé par son rapport du 15 mai 2018, dès lors qu'il avait entretemps reçu un rapport médical du Dr S_____ du 13 décembre 2017 et qu'il s'est conséquemment à nouveau prononcé sur la base d'un dossier complet. S'agissant de l'absence d'information, relevée dans ce même rapport, sur le plâtre que portait l'assurée lors de l'examen neurologique de novembre 2017, au membre supérieur gauche contro-latéral, cela ne remet pas en cause les conclusions du Dr O_____, qui portaient sur le lien de causalité entre l'accident du 15 février 2015 et l'état de l'épaule et de l'omoplate droites.

La valeur probante de l'expertise du Dr O_____ est toutefois sérieusement remise en cause par le fait qu'il a mentionné, sous l'anamnèse, que suite à l'accident du 15 février 2015, l'assurée avait ressenti une douleur qu'elle situait au niveau de l'omoplate droite sans douleur latérale et antérieure de l'épaule droite et sans douleur au niveau de la nuque. Or, cela ne correspond pas aux déclarations faites par l'assurée à la Bâloise le 15 février 2015, dans lesquelles elle avait indiqué avoir ressenti une douleur immédiate au niveau de la nuque irradiant l'épaule et l'omoplate du côté droit. L'on peut s'étonner que l'expert n'ait pas relevé cette contradiction sur un élément déterminant, à savoir le déroulement de l'accident, ce d'autant plus que le Dr L_____ avait également mentionné, le 19 mai 2015, que l'assurée avait eu un mouvement d'extension des épaules avec un léger coup du lapin.

b. Le rapport d'expertise du Prof. W_____ du 28 janvier 2019 est fondé sur le dossier remis par l'assurée, une anamnèse et un examen clinique et contient un résumé chronologique du dossier. L'analyse du Prof. W_____ est convaincante et le diagnostic qu'il a posé est fondé sur ses observations cliniques, qui sont corroborées par celles faites par le Dr S_____, lors des deux arthroscopies auxquelles celui-ci a procédé. Ses conclusions, selon lesquelles l'assurée avait subi une force de traction importante et soudaine sur son épaule droite qui excédait sans aucun doute ce qu'une épaule normale pouvait supporter sans qu'il n'y ait des lésions organiques associées, correspondent au déroulement des faits tel que relaté par la recourante et aux constats généraux faits en milieu hospitalier, selon la littérature citée.

L'intimée a fait valoir que les conclusions du prof. W_____ étaient sujettes à caution car, pour appuyer sa thèse, il avait dramatisé l'accident survenu le 15 février 2015, en retenant que l'assurée avait subi une forte traction à l'épaule droite ainsi qu'un coup du lapin à la colonne cervicale, alors qu'en réalité la

recourante n'avait aucunement subi une forte traction de l'épaule droite ni une quelconque « coup du lapin ».

Cet argument est contredit par le rapport établi par le Dr O_____ le 13 juillet 2016, dans lequel celui-ci mentionnait, sous anamnèse, que le jour de l'accident, le lit que tirait l'assurée s'était immobilisé brutalement en arrachant une poignée de la porte et que ses membres supérieurs avaient de ce fait subi une brusque traction en avant.

Il est également contredit par le rapport du Dr L_____ du 19 mai 2015, qui mentionnait que le lit que l'assurée tirait s'était coincé en la bloquant d'un coup, ce qui avait entraîné un mouvement d'extension des épaules avec un léger coup du lapin.

Il ne peut donc être retenu que le Prof. W_____ aurait dramatisé l'accident.

Les conclusions du Prof. W_____ sont en outre corroborées par le rapport établi par le Dr R_____, le 22 février 2017, lequel considérait, après s'être repenché sur l'anamnèse et le dossier radiologique de l'assurée, que le mécanisme décrit par celle-ci était vulnérant et apte à engendrer une lésion de son labrum, qui avait ensuite engendré la formation d'un kyste. Il lui apparaissait donc logique que la Bâloise continue à la couvrir pour les suites de l'accident.

En conclusion, le rapport du Prof. W_____ doit se voir reconnaître une force probante plus élevée que les rapports du Dr O_____. Ces derniers ne suffisent dès lors pas à établir que l'atteinte à la santé de la recourante n'était plus en rapport de causalité naturelle avec l'événement du 15 février 2015 au-delà du 31 décembre 2016. Dans la mesure où le fardeau de la preuve appartient à l'intimée dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, sa décision de cesser la prise en charge des suites de l'accident au-delà du 31 décembre 2016 est par conséquent infondée et doit être annulée.

14. Le recours est ainsi admis.
15. La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens, à la charge de l'intimée (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).
16. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision sur opposition du 14 décembre 2018.
4. Dit que l'intimée doit prendre en charge les suites de l'accident subi par le recourant au-delà du 31 décembre 2016.
5. Alloue à la recourante, à charge de l'intimée, une indemnité pour ses dépens de CHF 2'000.-.
6. Dit que la procédure est gratuite.
7. 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

Isabelle CASTILLO

Catherine TAPPONNIER

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