

GE_GERICHTE A/3063/2013 vom 2. April 2014

GE Cour de justice, 2014-04-02, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3063_2013

FR: GE_GERICHTE A/3063/2013 du 2 avril 2014

IT: GE_GERICHTE A/3063/2013 del 2 aprile 2014

Erwägungen

E. 1

ère Chambre En la cause Monsieur A _____, domicilié à GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Thierry STICHER recourant contre ZURICH COMPAGNIE D'ASSURANCES S.A., case postale, ZURICH, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Pierre GABUS intimée EN FAIT 1. Monsieur A _____ (ci-après l'assuré), né en 1952, travaille depuis 2001 en tant qu'agent de maintenance-peintre au service de la Maison de Retraite X _____ (ci-après l'employeur). A ce titre, il est assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la ZURICH COMPAGNIE D'ASSURANCES S.A. (ci-après l'assureur).! [endif]>! [if> 2. Le 7 septembre 2012, l'assuré a glissé et s'est blessé le poignet, le coude et l'épaule droits.! [endif]>! [if> 3. Dès le 11 septembre 2012, l'assuré a consulté la Dresse L _____, spécialiste FMH en médecine interne générale, qui a notamment prescrit une incapacité de travail totale.! [endif]>! [if> 4. Le 12 septembre 2012, l'employeur a annoncé l'accident à l'assureur, indiquant que l'assuré avait glissé devant l'atelier, en portant des bidons de peinture. L'assuré présentait une contusion au poignet, au coude et à l'épaule droits et il était en incapacité de travail.! [endif]>! [if> 5. Le 26 septembre 2012, une arthro-imagerie à résonance magnétique (ci-après IRM) a été effectuée en raison de la persistance de douleurs et d'une limitation de la mobilité de l'épaule droite. Par rapport du 1^{er} octobre 2012, le Dr M _____, spécialiste FMH en radiologie, a mis en évidence une rupture massive de la coiffe des rotateurs touchant l'ensemble des tendons de la coiffe à l'exception du tendon du petit rond. Il n'y avait pas d'évidence de lésion osseuse post-traumatique. Le médecin a constaté une infiltration graisseuse de stade II selon Goutalier des muscles supra-épineux et infra-épineux et de stade IV de la partie supérieure du muscle sub-scapulaire ainsi qu'une arthropathie acromio-claviculaire.! [endif]>! [if> 6. Vu la rupture massive de la coiffe de l'épaule droite de l'assuré, le Dr N _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a préconisé une intervention chirurgicale.! [endif]>! [if> 7. Le 11 octobre 2012, l'assureur a refusé la prise en charge de l'intervention chirurgicale.! [endif]>! [if> 8. Par rapport du 12 octobre 2012 adressé au médecin conseil de l'assureur, le Dr N _____ a rappelé que l'assuré avait chuté sur son épaule droite avec impaction violente de l'humérus sur l'acromion, avec par la suite des douleurs importantes et une impotence immédiate. Devant la persistance du handicap et des douleurs, l'assuré avait consulté son médecin traitant qui avait fait effectuer l'IRM. Il était important de noter que l'assuré était auparavant absolument asymptomatique et sans douleur au niveau de son épaule droite, avec une mobilité complète de celle-ci permettant à l'assuré d'effectuer des travaux lourds et pénibles. C'était seulement suite à l'accident que l'assuré s'était présenté avec une antépulsion à 20°, une abduction à 20° et donc une impotence complète de la coiffe. L'IRM montrait une rupture massive de la coiffe des rotateurs avec

effectivement aussi des stigmates de lésions dégénératives. Le Dr N_____ rappelait qu'à l'âge de 60 ans, beaucoup de personnes ont en effet des lésions dégénératives de la coiffe et notamment de l'articulation acromio-claviculaire comme chez l'assuré. Le problème de l'assuré était la rupture massive de la coiffe des rotateurs. Le médecin ne pouvait exclure qu'il y ait eu une lésion préexistante de cette coiffe, mais il était évident que c'était l'accident qui avait fait complètement décompenser cette épaule et qui avait amené à cette lésion massive de la coiffe qui certainement n'existait pas auparavant au vu de l'anamnèse clinique et anamnétique. Ainsi, même si on était en présence de quelques lésions dégénératives probablement préexistantes à l'accident, c'était tout de même cet accident qui était à l'origine du handicap et de la lésion massive auxquels l'assuré était confrontés. L'assureur devait donc prendre en charge cette lésion traumatique de la coiffe.![endif]>![if> 9. Par avis du 16 octobre 2012, le Dr O_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin conseil de l'assureur, a estimé, sur la base des pièces versées au dossier, qu'il n'y avait pas de rapport de causalité démontré entre l'événement et la prise en charge de l'opération et que le statu quo sine devait être fixé à la date de l'intervention. Selon lui, il n'était pas possible d'admettre une rupture massive de la coiffe des rotateurs de l'assuré sur une chute de sa hauteur, d'autant que les éléments de l'IRM démontraient un état dégénératif préexistant et prédominant. Cet état se traduisait notamment par une infiltration graisseuse de stade II des muscles supra-épineux et intra-épineux et de stade IV de la partie supérieure du muscle subscapulaire. Ce médecin relevait également qu'il n'y avait pas de lésion osseuse post-traumatique, ni d'œdème. Un autre élément était que la rétraction du moignon tendineux ne peut intervenir en si peu de temps entre l'accident et l'examen IRM. ![endif]>![if> 10. Par pli du même jour adressé au Dr N_____, l'assureur, en se référant à l'avis du Dr O_____, a maintenu le refus de prise en charge de l'intervention chirurgicale. ![endif]>![if> 11. Par pli du 1^{er} novembre 2012, l'assureur a réitéré sa position.![endif]>![if> 12. Par courriel du 26 novembre 2012 adressé au conseil de l'assuré, l'assureur a indiqué que dans la mesure où l'intervention chirurgicale n'avait pas eu lieu, le Dr O_____ était d'avis que le traitement conservateur de l'épaule droite et la perte de gain devaient être pris en charge jusqu'à fin décembre 2012. ![endif]>![if> 13. Par pli du 29 novembre 2012, le Dr N_____ a contesté l'appréciation du Dr O_____. Selon le Dr N_____, il suffit de chuter de sa hauteur et de se retenir avec son bras pour créer une vraie lésion de coiffe et il n'est pas nécessaire de chuter d'une hauteur de plusieurs mètres ou de plusieurs étages pour subir une lésion de la coiffe. Ce type d'accident se voyait fréquemment, même chez de jeunes gens, notamment en hiver, lorsque glissant sur une plaque de glace, ils se retiennent avec le bras qui part, soit en antépulsion complète, soit directement projeté contre l'acromion et de ce fait, créant une rupture traumatique nette de la coiffe. Par ailleurs, il ne faisait aucun doute qu'effectivement l'assuré présentait avant l'accident déjà deux lésions dégénératives de sa coiffe avec probablement une atteinte déjà partielle du sus-épineux puisqu'il y avait déjà une involution graisseuse partielle de ce muscle à l'IRM du 26 septembre 2012. Cependant, amnestiquement et au vu du travail exercé par l'assuré, impliquant beaucoup d'activités au-dessus des épaules, il convenait de relever que son épaule droite était asymptomatique, avec une mobilité complète en antépulsion/abduction. L'assuré était alors capable d'effectuer des travaux lourds et difficiles. C'était effectivement un événement unique dans le temps et dans l'espace, à savoir une chute violente de sa hauteur, largement suffisante pour provoquer ou finaliser la lésion de la coiffe en arrachant tout le restant de celle-ci, avec actuellement une lésion étendue et une impossibilité absolue

à la mobilisation, à savoir l'antépuulsion/abduction de son membre supérieur droit. Cette situation était comparable à un patient qui souffre certes d'une arthrose de la hanche mais qui par-dessus fait une chute de sa hauteur avec une fracture du col fémoral. Il y a une maladie pré-existante certes, mais la chute a créé la fracture et donc cette chute est d'origine accidentelle claire et nette. Enfin, le médecin savait que le Tribunal fédéral avait réglé le problème de la lésion de la coiffe d'origine accidentelle et dégénérative.![endif]>![if> 14. Par courrier du 28 janvier 2013, l'assuré a demandé à l'assureur de revoir sa position au vu de l'appréciation précitée du Dr N_____.![endif]>![if> 15. Le 1^{er} février 2013, l'assureur a informé l'assuré qu'il entendait mettre en œuvre une expertise médicale. L'assuré pouvait choisir l'un des deux médecins proposés par l'assureur.![endif]>![if> 16. Le 26 février 2013, l'assuré a adressé à l'assureur les questions qu'il souhaitait poser au Dr P_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique.![endif]>![if> 17. Le 14 mars 2013, le Dr P_____ a examiné l'assuré. Par rapport du 9 avril 2013, l'expert a diagnostiqué une lésion dégénérative étendue de la coiffe des rotateurs et de l'articulation acromio-claviculaire de l'épaule droite révélée par une contusion bénigne du bras droit le 7 septembre 2012 ; un status après réparation chirurgicale d'une lésion de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche en 2008 ; une arthrose scaphoïdienne droite sur probable ancienne fracture méconnue du scaphoïde. ![endif]>![if> L'assuré a expliqué n'avoir jamais eu le moindre problème au niveau de son épaule droite avant l'accident du 7 septembre 2012. S'agissant du déroulement de l'accident, il a indiqué qu'il se trouvait dans son atelier lorsqu'il avait glissé et chuté sur son côté droit. Il avait essayé de se retenir avec la main droite au sol, mais avait été entraîné dans sa chute de sorte qu'il avait heurté successivement la face latérale de son coude et la face latérale et postérieure de son épaule droite au sol. Pendant la chute, le bras droit était presque collé au corps. Il n'y avait pas de notion de mouvement extrême de l'épaule, ni de déboîtement. L'assuré estimait avoir subi un choc axial à travers le bras droit avant de heurter le sol avec son épaule. Sur le moment, il avait ressenti une vive douleur à la face latérale de l'épaule et du bras droit. Il avait alors vérifié le bon fonctionnement de l'épaule dont les mouvements n'étaient initialement pas limités. Environ trente minutes plus tard, les douleurs avaient augmenté d'intensité et le patient avait progressivement réalisé qu'il ne pouvait plus faire de mouvement d'élévation. Selon l'expert, le lien de causalité naturelle entre l'état de l'épaule droite et l'accident était très peu probable pour plusieurs raisons. L'âge du patient, où les lésions dégénératives de la coiffe des rotateurs sont fréquentes et les lésions purement traumatiques rares. Par ailleurs, l'action vulnérante de l'accident était peu appropriée pour solliciter une coiffe des rotateurs au-delà de son point de résistance en l'absence de toute notion d'abduction active contrariée ou de mouvement extrême de l'épaule. Il s'agissait d'une contusion axiale et latérale susceptible d'entraîner un pincement de l'espace sous-acromial et de révéler une lésion préexistante à ce niveau, mais pas de causer des dégâts supplémentaires des tendons de la coiffe des rotateurs. En outre, il n'y avait pas eu de pseudoparalysie initiale, la limitation fonctionnelle s'était développée secondairement avec l'apparition des douleurs. De plus, les radiographies initiales et l'IRM ne montraient pas de lésion traumatique mais toute une série de lésions manifestement dégénératives qui ne pouvaient être que l'aboutissement de processus évoluant sur plusieurs années tels qu'une arthrose acromio-claviculaire, un pincement de l'espace sous-acromial, un remaniement scléro-bosselé du trochiter, un remaniement sévère du labrum et une tendinopathie étendue de tous les tendons de la coiffe des rotateurs avec une large perte de substance. La perte de substance de la coiffe des rotateurs droites s'étendait à plusieurs tendons de la coiffe des rotateurs dont certains sont

antagonistes et par conséquent peu susceptibles de se rompre simultanément dans une action vulnérante simple. Cette association était par contre souvent retrouvée dans les stades avancés de lésion purement dégénérative de la coiffe des rotateurs, communément appelé « tête chauve ». Enfin, l'infiltration graisseuse des corps musculaires de la coiffe des rotateurs était un signe supplémentaire d'une atteinte dégénérative chronique. Ainsi, l'accident n'avait fait que révéler et non pas causer les troubles manifestement dégénératifs préexistants majeurs de l'épaule droite. L'état de cette épaule était manifestement précaire de sorte qu'elle pouvait à tout moment devenir symptomatique, soit en raison de la dynamique de lésion elle-même, soit en réponse à un événement bénin tel qu'une contusion. On n'était donc pas en présence d'une condition sine qua non mais d'une causalité aléatoire. L'accident devait donc être considéré comme une cause invraisemblable. Les facteurs extérieurs, notamment dégénératifs et préexistants jouaient ici un rôle hautement prépondérant, voire exclusif. S'agissant du statu quo sine, l'expert a indiqué que dans la mesure où les contusions bénignes guérissent généralement sans séquelle en moins d'un mois, il fallait considérer que le statu quo sine de l'épaule droite de l'assuré avait été retrouvé au plus tard après un mois et que l'état résiduel correspondait aux troubles dégénératifs préexistants. L'expert a également répondu aux questions posées par l'assuré, expliquant que l'IRM montrait une perte de substance massive de la coiffe des rotateurs qui ne correspondait pas à une rupture traumatique mais à l'aboutissement d'un processus dégénératif évoluant sur de nombreuses années. La perte de substance de la coiffe des rotateurs était très certainement antérieure à l'accident du 7 septembre 2012, elle s'était constituée progressivement au fil des années. Il était absolument invraisemblable que la rupture remonte à l'accident. Ce genre de lésion massive pouvait survenir dans le processus de vieillissement normal de l'individu, même sédentaire. L'assuré n'avait pas de travaux de manutention particulièrement lourds à fournir. En outre, les employés de maintenance d'une maison de retraite ne sont pas connus pour être un collectif particulièrement touché par ce type de lésion. Enfin, que l'assuré n'ait pas eu le moindre problème au niveau de son épaule droite avant l'accident n'était pas très étonnant car des lésions dégénératives de ce type peuvent rester très longtemps totalement asymptomatique avant d'être révélées et non pas causées par un événement ordinaire ou extraordinaire bénin de la vie. 18. Par rapport du 13 mai 2013, le Dr N_____ a indiqué qu'à son avis, les conclusions du Dr P_____ étaient erronées. Si l'assuré avait certainement, déjà avant l'accident, une atteinte partielle de sa coiffe, avec probablement une rupture d'une certaine taille de la coiffe des rotateurs, il présentait toutefois une fonction normale de cette épaule et une mobilisation complète ainsi qu'une force préservée. Suite à l'accident, il se trouvait avec une impotence fonctionnelle complète et, à l'IRM, avec une atteinte étendue, avec avulsion complète du sous-épineux, sus-épineux et du sous-scapulaire. Il était évident, que lorsqu'il y a une atteinte complète de la coiffe des rotateurs, comme en l'espèce, on ne peut avoir de fonction de l'épaule et toute antépulsion/élévation de celle-ci est impossible, ce qui n'était pas le cas avant l'accident. Ainsi, bien qu'effectivement il y avait certainement déjà une atteinte partielle, voire une rupture complète d'une partie de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite avant l'accident, c'était bien cet accident qui avait provoqué une rupture massive et étendue de la coiffe des rotateurs car si cela n'était pas le cas, à savoir que la lésion massive était déjà présente avant l'accident, alors l'assuré n'aurait jamais pu avoir une fonction normale de son épaule avant l'accident. C'était donc bien l'accident qui avait décompensé et qui avait provoqué une rupture massive de la coiffe. Cette rupture massive et étendue de la coiffe était bien évidemment une conséquence du traumatisme. Il bien vrai

que vu l'âge de l'assuré, il est probable, voire certain que des lésions dégénératives existaient avant l'accident, qu'il y avait certainement déjà une rupture d'une certaine taille de la coiffe des rotateurs, mais certainement pas une rupture complète massive et étendue. Les conclusions de l'expert étaient donc erronées.![endif]>![if> 19. Par courrier du 27 mai 2013 à l'assureur, l'assuré a contesté les conclusions de l'expertise, en se référant à l'avis du Dr N_____.![endif]>![if> 20. Le 6 juin 2013, l'assuré a subi notamment une arthroscopie de l'épaule droite effectuée par le Dr N_____. Par rapport du même jour, ce médecin a diagnostiqué lors de l'intervention chirurgicale, une lésion massive de la coiffe des rotateurs touchant le sous-épineux, le sus-épineux et 50% des fibres supérieures du sub-scapularis, cette lésion du sub-scapularis, d'origine post-traumatique très probable avec cicatrice fibrinoïde restant à ce niveau-ci ; arthrose acromio-claviculaire asymptomatique et ancienne avulsion du tendon du long chef du biceps et Slap de type 1.![endif]>![if> 21. Par pli du 11 juin 2013, le Dr P_____ a indiqué que le Dr N_____ partait du principe qu'une lésion complète de la coiffe des rotateurs entraîne une impotence fonctionnelle de l'épaule et que toute antépulsion/élévation de l'épaule est impossible. Cette affirmation était fautive. On observait fréquemment des lésions étendues de la coiffe des rotateurs ("tête chauve") sans limitation fonctionnelle significative de l'épaule car d'autres groupes musculaires peuvent reprendre cette fonction. Le reste des arguments du Dr N_____ relevait du syllogisme « post hoc ergo propter hoc ». Par conséquent, le Dr P_____ maintenait ses conclusions.![endif]>![if> 22. Le 20 juin 2013, l'assuré a adressé à l'assureur le rapport opératoire du Dr N_____, dont il résultait que les lésions étaient clairement post-traumatiques.![endif]>![if> 23. Par décision du 9 juillet 2013, l'assureur a mis un terme aux prestations au 7 octobre 2012 et a renoncé au remboursement des prestations déjà versées au-delà de cette date. Le Dr P_____ avait considéré que l'état de santé qui aurait prévalu si l'accident ne s'était pas produit avait été atteint le 7 octobre 2012. Les troubles de santé au-delà du 7 octobre 2012 n'étaient donc plus, au degré de la vraisemblance prépondérante, en relation avec l'événement du 7 septembre 2012.![endif]>![if> 24. Le 22 juillet 2013, l'assuré a formé opposition à la décision en se référant aux motifs indiqués dans son courrier du 27 mai 2013.![endif]>![if> 25. Par décision sur opposition du 22 août 2013, l'assureur a confirmé sa position. L'argument avancé par l'assuré selon lequel il s'agirait d'une lésion corporelle assimilée n'était pas pertinent étant donné que la notion d'accident n'était nullement contestée en l'espèce. Par ailleurs, l'expertise du Dr P_____ avait pleine valeur probante, de sorte que ses conclusions devaient être suivies. Le statu quo sine avait été atteint un mois après l'accident, soit le 7 octobre 2012.![endif]>![if> 26. Par acte du 19 septembre 2013, l'assuré, représenté par son conseil, a interjeté recours contre la décision, concluant, sous suite de frais et dépens, préalablement, à son audition et à celle des Drs P_____ et N_____, à la mise en œuvre d'une expertise médicale et, principalement, au constat que les décisions violent son droit d'être entendu, à leur annulation et à l'octroi des prestations légales dès le 7 septembre 2012, en particulier les indemnités journalières et les frais de traitement, ainsi qu'au renvoi de la cause à l'intimée pour calcul et versement des prestations.![endif]>![if> Le recourant fait valoir que dans le cas de lésions assimilées à un accident, il suffit qu'une cause extérieure ait au moins déclenché les symptômes pour que l'assureur-accidents soit tenu de verser des prestations. Or, tel était son cas en l'occurrence, puisqu'il avait souffert d'une déchirure de la coiffe des rotateurs et que le Dr P_____ admettait que l'accident avait déclenché les symptômes. En outre, le Dr P_____ avait retenu un statu quo sine un mois après l'accident, sans que l'on puisse comprendre pour quel

motif l'épaule serait devenue symptomatique à cette date-là. Qui plus est, le rapport du Dr P _____ ne pouvait être retenu, dès lors qu'il était peu argumenté et se fondait sur un déroulement erroné de l'accident dans la mesure où il ne tenait pas compte du fait qu'il portait des bidons lourds de peinture. L'avis du Dr N _____ était, quant à lui, bien argumenté et emportait la conviction. Ainsi, ce n'était pas les lésions dégénératives préexistantes qui avaient entraîné des lésions, mais bien l'accident du 7 septembre 2012. Enfin, selon le recourant, les décisions violent son droit d'être entendu dans la mesure où elles ne se prononcent pas sur l'argumentation tirée de l'application de la notion de lésions assimilées à un accident. A l'appui de son recours, le recourant produit notamment un rapport établi le 2 septembre 2013 par le Dr N _____. Ce médecin estime que l'expert semblait oublier que la coiffe des rotateurs est au moins constituée de quatre tendons et que, pour qu'elle puisse fonctionner, et surtout pour pouvoir effectuer une antépulsion active contre-résistance, il faut au moins que deux de ces tendons soient intacts. Ainsi, c'est la préservation et l'équilibre d'un couple de force qui permet, malgré la présence d'une lésion par exemple du sus-épineux, même si cette lésion est complète, une activité encore quasi normale de l'épaule. Le terme « tête chauve », était beaucoup trop général. Effectivement, on pouvait avoir l'impression d'une "tête chauve" en ayant une rétraction complète du sus-épineux, voire d'une partie du sous-épineux, alors qu'en réalité il y avait encore un sub-scapularis et une partie du sous-épineux intacte, avec un couple de force préservé. Ce cas de figure était certainement celui de l'assuré, qui présentait certainement déjà une lésion dégénérative de son épaule. Cela étant, lors de sa chute, qui n'était pas banale, mais plutôt violente, l'assuré portait alors deux bidons de peinture dans chaque bras. Il avait chuté lourdement sur son épaule, tout en essayant de se retenir, ce qui était amplement suffisant pour achever cette épaule, avec une rupture complémentaire des tendons restants, à savoir le subscapularis et la partie inférieure du sus-épineux, rendant l'épaule complètement non fonctionnelle. Il fallait donc bien insister sur le fait qu'avant la chute, l'assuré présentait une fonction et une mobilité normale de l'épaule, ce qui n'était absolument plus le cas après la chute. Il y avait donc clairement une relation entre la chute et les lésions diagnostiquées à l'IRM du 26 septembre 2012. Ainsi, même s'il existait une lésion au préalable du sus-épineux, et peut-être même une lésion partielle du sous-épineux, cette chute avait provoqué une lésion complémentaire des tendons restants, soit le sub-scapularis et l'autre partie du sous-épineux, ce qui avait entraîné une perte de l'équilibre du couple de force de l'épaule droite. 27. Par réponse du 31 octobre 2013, l'intimée conclut au rejet du recours pour les motifs indiqués dans les décisions litigieuses. Elle ajoute que l'accident avait révélé un état préexistant, l'obligation de prêter cessait donc à la date du retour au statu quo sine ou ante. Le recourant critiquait de manière injustifiée les conclusions du Dr P _____. Contrairement à ce que le recourant avançait, le Dr P _____ avait notamment mentionné que le recourant portait des bidons de peinture relativement légers. Cet expert avait donné des explications cohérentes et précises quant à l'absence de lien de causalité entre l'accident et les troubles de l'épaule droite. En outre, l'appréciation du Dr P _____ rejoignait celle du Dr O _____. Il convenait de se référer au statu quo sine fixé par le Dr P _____, étant relevé que cette date ne peut jamais être fixée de manière absolument précise. Par ailleurs, la question de l'existence ou non d'une lésion corporelle assimilée n'avait pas besoin de se poser en l'occurrence puisque la notion d'accident n'était nullement contestée, ce que l'intimée avait déjà expliqué dans sa décision sur opposition. 28. Le 21 janvier 2014, la Cour de céans a confronté le Dr N _____ et le Dr P _____. Le Dr N _____ a déclaré admettre

qu'il y avait une lésion dégénérative. Toutefois, l'assuré pouvait exercer une activité plutôt difficile physiquement et il pouvait utiliser son épaule sans problème. Il pouvait, plus particulièrement, élever le bras, ce qui signifie qu'au moins deux tendons fonctionnaient correctement. Suite à l'accident, une rupture massive des quatre tendons majeurs avait été constatée, raison pour laquelle l'épaule ne fonctionnait plus sans limitations. L'accident avait donné le « coup de grâce ». On était en présence de ce que l'on appelle une « tête chauve », lorsque l'on peut voir la tête, ce qui ne veut pas dire non plus que tous les tendons ont été arrachés. S'agissant du déroulement de l'accident, le médecin a relevé que le recourant ne maîtrise pas bien le français et que probablement il n'avait pas compris tout ce que l'expert avait dicté. Le Dr N_____ reconnaissait qu'un choc latéral ne cause pas de lésion de la coiffe des rotateurs ; il peut éventuellement causer une fracture. Il fallait toutefois rappeler que le recourant s'était retenu. C'est cette action qui avait provoqué, pour le Dr N_____, la lésion. Le poids du bidon avait pu par ailleurs s'ajouter au poids du recourant. Mais même sans bidons, l'action de se retenir pouvait provoquer la lésion en raison du poids de la personne elle-même. Ce médecin était d'accord avec le Dr P_____ s'agissant des infiltrations graisseuses. Il ne contestait pas que le recourant présentait des lésions dégénératives, mais il rappelait qu'il travaillait sans problème et qu'il ne subissait aucune limitation de son épaule. Or, l'accident avait provoqué une impotence de cette épaule. Le Dr N_____ admettait par ailleurs que l'on pouvait parfaitement avoir une lésion avancée alors que l'épaule fonctionne à satisfaction. L'épaule du recourant était certes fragilisée, mais fonctionnelle. L'accident était survenu et avait suffi pour provoquer la lésion et l'impotence. Il était aussi d'accord avec les explications du Dr P_____ s'agissant du pincement de l'espace sous-acromial. Il allait de soi que chez un jeune, il n'y avait aucun pincement. Il rappelait toutefois qu'avant l'accident, le recourant travaillait et pouvait plus particulièrement peindre des plafonds. L'accident était venu décompenser son état. Le médecin a encore ajouté qu'en cas de chute, si la personne se retient (crispe ses muscles), cette action peut être suffisamment violente pour causer une lésion des tendons sur une épaule déjà fragilisée par des troubles dégénératifs. Au moment de l'intervention chirurgicale, il avait pu constater que les tendons ne tenaient plus sur la tête, ils étaient détachés de leur insertion originelle sur l'os. Selon le Dr N_____, une IRM ne permet pas de déterminer si une rupture est de nature traumatique ou non à partir d'un certain âge et lorsqu'il s'agit de tissus mous. Par ailleurs, il fallait distinguer l'élévation du bras à 90 degrés et celle au-dessus de la tête. Selon lui, il est ainsi impossible d'élever le bras au-dessus de la tête en ayant les quatre tendons lésés. Le Dr P_____ a, quant à lui, déclaré avoir considéré que le choc subi par le recourant était un choc simple, latéral et postérieur, qui ne pouvait expliquer une lésion des tendons antagonistes. Il s'était fondé sur la description de l'accident faite par l'assuré. Ce médecin a précisé qu'un simple acte ordinaire de la vie peut venir décompenser des lésions préexistantes dégénératives ou des douleurs peuvent survenir progressivement. Selon ce médecin, on peut tout à fait lever le bras en ayant des lésions de la coiffe des rotateurs, en utilisant d'autres muscles que les tendons de la coiffe des rotateurs. Il était vrai qu'il avait considéré que le recourant, au moment de l'accident, portait des bidons légers. Selon ce médecin, le poids de ces bidons n'était toutefois pas déterminant, puisque l'action vulnérante était un choc simple sur l'épaule. L'expert a expliqué que pour apprécier le lien de causalité, il faut analyser différents facteurs, dont l'action vulnérante, le nombre de tendons lésés, etc. Dans son expertise, il avait énuméré et analysé les facteurs plaidant en faveur de lésions dégénératives. Lorsqu'il avait parlé des bidons de peinture dans son expertise, il s'agissait

de la description générale de l'activité exercée par le recourant. Il n'avait toutefois pas parlé de bidons lorsqu'il avait décrit l'accident. Selon ce médecin, le poids de ce que l'on porte lors d'une chute ne joue pas de rôle dans le rapport de causalité, ni dans l'analyse des facteurs en question. Il y avait évidemment différentes façons de tomber. Il a précisé avoir dicté l'anamnèse devant le patient. Dans son rapport, il avait indiqué que le recourant avait essayé de se retenir avec la main droite au sol. Le fait de porter ou non des bidons lui semblait tout à fait secondaire quoiqu'il en soit. L'expert a ajouté que le vieillissement normal d'une coiffe des rotateurs se fait non seulement au niveau des tendons, mais également au niveau des corps musculaires. Les fibres atrophiées se remplacent petit à petit par des infiltrations graisseuses. Il s'agissait là d'un processus lent, qui évoluait sur des mois, voire des années et ne pouvait pas être le résultat d'un traumatisme récent. C'était un signe supplémentaire d'une atteinte dégénérative. Il avait constaté chez le recourant un pincement de l'espace sous-acromial déjà le surlendemain de l'accident. Or, dans le cas d'une rupture fraîche, le pincement n'apparaît pas immédiatement. Il n'apparaît que quelques mois plus tard. L'expert a donné l'exemple d'une personne qui souffre de troubles dégénératifs de la hanche (coxarthrose). Il suffisait d'une simple chute d'une chaise pour déclencher des douleurs sans qu'il y ait de dégâts anatomiques traumatiques objectivables. Les radios montreront alors l'arthrose dont souffrait la personne. Il était tout à fait possible que le recourant ait été asymptomatique avant l'accident. Selon l'expert, même avec une lésion avancée, il est possible de lever le bras, d'autres muscles peuvent intervenir à cet égard. Il avait ainsi pu constater que des personnes étaient capables de continuer à travailler dans des métiers physiques. Dans les quelques jours ayant précédé l'accident, il était tout à fait possible que le recourant ait pu présenter une lésion massive des quatre tendons de la coiffe des rotateurs. L'expert a précisé qu'il ne s'agissait ni d'une rupture, ni d'une déchirure. Il s'agissait d'une perte de substance ou de trous des tendons. L'expert a confirmé que le recourant, avant et après l'accident, présentait des trous dans les quatre tendons majeurs de la coiffe des rotateurs. Selon l'expert, le recourant pouvait lever l'épaule et travailler avec une rupture des tendons telle que constatée par le Dr N_____ au moment de l'intervention. L'expert avait constaté qu'avant l'opération, le recourant pouvait lever le bras à 120 degrés et après l'opération à 50 degrés. Il a confirmé qu'il n'y avait pas de lésion traumatique visible sur la base de la radio effectuée le 11 septembre 2012. A la question de savoir pour quelle raison le recourant était limité dans la fonctionnalité de son épaule, l'expert a repris l'exemple donné de la chute d'une chaise pour quelqu'un souffrant d'une coxarthrose. Il suffisait d'un déclencheur sans qu'il y ait besoin de lésion anatomique traumatique en plus. Plutôt que de parler d'un "coup de grâce" comme le faisait le Dr N_____, l'expert préférait plutôt parler d'un élément déclencheur ou révélateur. Enfin, l'expert n'était pas aussi catégorique que le Dr N_____, lorsque celui-ci indiquait qu'il est impossible d'élever le bras au-dessus de la tête avec les quatre tendons lésés. Il était vrai que les autres muscles qui interviennent pour aider l'élévation ne pourraient peut-être pas le faire pour une élévation au-dessus de l'horizontal. 29. Suite à l'audition des médecins, la Cour de céans a également entendu les parties. Le recourant a réitéré que le litige trouvait sa solution dans l'application de l'article sur les lésions assimilées à un accident. A défaut, il sollicitait qu'un de ses collègues soit interrogé par la Cour de céans et qu'une expertise médicale soit mise en œuvre. L'intimée a considéré, quant à elle, que la cause pouvait être gardée à juger. 30. Par écriture du 13 février 2014, le recourant persiste dans ses conclusions. Il rappelle qu'il effectuait habituellement des travaux de réfection des chambres de l'établissement (maçonneries, carrelages et peintures notamment). Il effectuait

des mouvements répétitifs de manutention en hauteur des deux membres supérieurs (notamment la peinture des plafonds). Le Dr P_____ avait confirmé, lors de son audition, que l'accident avait été un élément déclencheur ou révélateur des lésions, de sorte que, selon le recourant, l'atteinte litigieuse est une lésion assimilée à un accident que l'intimée est tenue de prendre en charge. Par ailleurs, ni le statu quo ante, ni le statu quo sine ne pouvaient être retenus et l'avis du Dr P_____ ne pouvait être suivi sur ce point.

31. Par écriture du 13 février 2014, l'intimée persiste également dans ses conclusions. Elle rappelle que lors des examens effectués après l'événement, les médecins n'ont pas constaté de lésion traumatique. En revanche, une rupture de la coiffe des rotateurs avait été diagnostiquée. Le rapport d'expertise du Dr P_____ respectait en tous points les critères pour se voir reconnaître pleine valeur probante. L'avis du Dr N_____, médecin traitant du recourant, ne pouvait avoir valeur d'expertise. L'intimée rappelle que le Dr N_____ n'a pas exclu l'existence d'une lésion préexistante partielle de la coiffe, mais il persistait à justifier le lien de causalité avec l'accident au moyen du raisonnement "post hoc, ergo propter hoc", lequel est impropre à établir un rapport de causalité. Par conséquent, les conclusions du Dr P_____ devaient être suivies et il n'y avait pas lieu de procéder à une nouvelle expertise.

Par ailleurs, la disposition sur les lésions assimilées était effectivement applicable en cas de rupture de la coiffe des rotateurs. Cela étant, la chute du 7 septembre 2012 était un événement anodin, qui ne pouvait expliquer une rupture de la coiffe des rotateurs, comme l'avait déclaré le Dr P_____. De plus, l'ensemble des médecins s'accordait à dire que le recourant souffrait d'importantes lésions dégénératives de la coiffe des rotateurs. Le Dr P_____ avait d'ailleurs listé les facteurs et expliqué que l'épaule pouvait à tout moment devenir symptomatique. Le lien de causalité naturelle entre l'accident et les lésions à l'épaule droite devait donc être nié, celles-ci étant manifestement imputables à un phénomène dégénératif. Il n'y avait pas non plus de lien de causalité entre la chute et les symptômes présentés par le recourant. Enfin, le Dr P_____ avait estimé que si le recourant n'avait pas chuté, les lésions seraient devenues symptomatiques un mois après l'accident, fixant ainsi le retour au statu quo sine au 7 octobre 2012.

32. Par courrier du 19 mars 2014, le recourant a indiqué que le Tribunal fédéral avait récemment jugé une situation qui, par plusieurs aspects, correspondait à la sienne (ATF non publié 8C_347/2013 du 18 février 2014). Cette jurisprudence confirmait l'argumentation qu'il soutenait dans la présente procédure.

33. La Cour de cassation a adressé une copie de cette écriture à l'intimée et a gardé la cause à juger.

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

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de

son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). L'événement assuré étant survenu le 7 septembre 2012, la LPGA s'applique au cas d'espèce. 3. Interjeté dans la forme prévue par la loi, le recours du 19 septembre 2013 contre la décision sur opposition du 22 août 2013 est recevable (cf. art. 56 et 60 LPGA). 4. Le litige porte sur la question de savoir si les lésions de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite du recourant sont en lien de causalité avec l'accident survenu le 7 septembre 2012. 5. a) L'art. 6 al. 1 LAA prévoit que les prestations de l'assurance-accidents obligatoire sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident au sens de cette disposition, 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). Le droit aux prestations suppose notamment 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. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question 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 à la lumière de la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; 129 V 402 consid. 4.3). L'admission d'un rapport de causalité naturelle entre une atteinte à la santé et un accident assuré n'implique pas que cet accident soit une cause prépondérante ou exclusive de l'atteinte à la santé, ni qu'il en soit une cause directe; il suffit que l'accident ait contribué, avec d'autres facteurs, à la survenance de l'atteinte à la santé (ATF non publié 8C_433/2008 du 11 mars 2009). Le seul 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 événement (raisonnement «post hoc ergo propter hoc»; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 no U 341 p. 408 s., consid. 3b). 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 ; 129 V 402 consid. 2.2 ; 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 127 V 102 consid. 5b/bb et les références). b) Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA, le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. En vertu de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 9 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA ; RS 832.202) qui prévoit que certaines

lésions corporelles sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. Ces lésions corporelles sont les suivantes : a. Les fractures; b. Les déboîtements d'articulations; c. Les déchirures du ménisque; d. Les déchirures de muscles; e. Les élongations de muscles; f. Les déchirures de tendons; g. Les lésions de ligaments; h. Les lésions du tympan. Cette liste est exhaustive (ATF 116 V 136 consid. 4a, 145 consid. 2b). Les déchirures de la coiffe des rotateurs des épaules ont été assimilées par la jurisprudence à des déchirures tendineuses qui figurent dans la liste exhaustive de l'art. 9 al. 2 let. f OLAA (ATF 123 V 43 consid. 2b). La notion de lésion assimilée à un accident a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. Aussi, les assureurs-accidents LAA doivent-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait en principe être couvert par l'assurance-maladie. Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA sont assimilées à un accident même si elles ont, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 139 V 327 consid. 3.1; ATF 129 V 466 ; 123 V 43 consid. 2b). Il faut qu'un facteur extérieur soit une cause possible de la lésion, au moins à titre partiel, pour qu'une lésion assimilée à un accident soit admise (ATF non publié 8C_698/2007 du 27 octobre 2008, consid. 4.2). En revanche, en l'absence d'une cause extérieure - soit d'un événement similaire à un accident, externe au corps humain, susceptible d'être constaté de manière objective et qui présente une certaine importance -, fût-ce comme simple facteur déclenchant des lésions corporelles énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA, les troubles constatés seront manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, de sorte qu'il appartiendra à l'assurance-maladie d'en prendre en charge les suites (ATF 129 V 468 consid.4; ATF 123 V 44 consid. 2b; ATF 116 V 147 consid. 2c). L'existence d'une lésion corporelle assimilée à un accident doit ainsi être niée dans tous les cas où le facteur dommageable extérieur se confond avec l'apparition (pour la première fois) de douleurs identifiées comme étant les symptômes des lésions corporelles énumérées à l'art. 9 al. 2 let. a à h OLAA. De la même manière, l'exigence d'un facteur dommageable extérieur n'est pas donnée lorsque l'assuré fait état de douleurs apparues pour la première fois après avoir accompli un geste de la vie courante (par exemple en se levant, en s'asseyant, en se couchant ou en se déplaçant dans une pièce, etc.) à moins que le geste en question n'ait requis une sollicitation du corps, en particulier des membres, plus élevée que la normale du point de vue physiologique et dépasse ce qui est normalement maîtrisé d'un point de vue psychologique. La notion de cause extérieure suppose en effet qu'un événement générant un risque de lésion accru survienne. Tel est le cas notamment lors de changements de position du corps, qui sont fréquemment de nature à provoquer des lésions corporelles selon les constatations de la médecine des accidents (brusque redressement du corps à partir de la position accroupie, le fait d'accomplir un mouvement violent ou en étant lourdement chargé, ou le changement de position corporelle de manière incontrôlée sous l'influence de phénomènes extérieurs; ATF 129 V 466 consid. 4.2.2). Pour admettre l'existence d'un lien de causalité naturelle, il suffit que l'événement assuré soit en partie à l'origine de l'atteinte à la santé. Un état dégénératif ou morbide antérieur n'exclut pas l'existence d'une lésion corporelle assimilée à un accident, lorsque celle-ci est causée ou aggravée par un événement accidentel. Il faut cependant qu'une cause extérieure ait, au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (voir ATF 123 V 43 consid. 2b; 116 V 145 consid. 6c, 114 V 301 consid. 3c). Si, par contre, une telle lésion est survenue sans

avoir été déclenchée par un facteur extérieur soudain et involontaire, elle est manifestement imputable à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs et il appartient à l'assurance-maladie d'en prendre en charge les suites (ATF non publié 8C_357/2007 du 31 janvier 2008, consid. 2 et les références citées). Une rupture de la coiffe des rotateurs constitue une déchirure de tendons au sens de l'art. 9 al. 2 let. f OLAA; elle est assimilée à un accident, même si elle fait suite à un événement en soi relativement ordinaire, insuffisant pour entraîner à lui seul une déchirure en l'absence d'une atteinte dégénérative préexistante (ATF 123 V 43). En outre, si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (statu quo ante ou statu quo sine) sur le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b, ATF 125 V 195 consid. 2). Toutefois, les lésions seront assimilées à un accident aussi longtemps que leur origine malade ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, n'est pas clairement établie. 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. Sinon, on se trouverait à nouveau confronté, immédiatement après avoir admis l'existence d'une lésion assimilée à un accident, à la difficulté de distinguer entre l'origine accidentelle et malade de cette atteinte (ATF non publiés 8C_347/2013 du 18 février 2014, consid. 3.2; 8C_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 4.2; 8C_551/2007 du 8 août 2008, consid. 4.1.2; 8C_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 2). Enfin, ces règles sont également applicables lorsqu'une des lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA est survenue lors d'un événement répondant à la définition de l'accident au sens de l'art. 6 al. 1 LAA. En effet, si l'influence d'un facteur extérieur, soudain et involontaire suffit pour ouvrir droit à des prestations de l'assureur-accidents pour les suites d'une lésion corporelle mentionnée à l'art. 9 al. 2 OLAA, on ne voit pas, a fortiori, que cette réglementation spécifique ne doive pas trouver application dans l'éventualité où ce facteur revêt un caractère extraordinaire. Il faut néanmoins que la lésion corporelle (assimilée) puisse être rattachée à l'accident en cause car, à défaut d'un événement particulier à l'origine de l'atteinte à la santé, il y a lieu de conclure à une lésion exclusivement malade ou dégénérative (ATF non publiés 8C_347/2013 du 18 février 2013, consid. 3.2; 8C_698/2007 du 27 octobre 2008, consid. 4.2; 8C_357/2007 du 31 janvier 2008, consid. 3.2). 6. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif (art. 40 PCF en corrélation avec l'art. 19 PA ; art. 95 al. 2 OJ en liaison avec les art. 113 et 132 OJ), l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge 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. Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. 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. 3a).!endif]>![if> Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). 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). Par ailleurs, 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/bb et cc). 7. Enfin, 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 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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 322 consid. 5a).!endif]>![if> 8. En l'occurrence, l'intimée est d'avis que la rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite du recourant n'est pas en lien de causalité avec l'accident du 7 septembre 2012, ce que conteste le recourant.!endif]>![if> Il est établi et non contesté par les parties que le recourant a présenté une rupture de la coiffe des rotateurs, dont l'existence est attestée par l'IRM effectuée le 26 septembre 2012. Il s'agit dès lors d'une lésion correspondant à une déchirure des tendons au sens de l'art. 9 al. 2 let. f OLAA. Il est par ailleurs établi que le recourant présentait, avant la survenue de l'accident, des atteintes dégénératives à la coiffe des rotateurs de son épaule droite. On rappellera toutefois qu'un simple état dégénératif ou morbide antérieur ne suffit encore pas à exclure l'existence d'une lésion corporelle assimilée à un accident. En effet, conformément à la jurisprudence précitée, les lésions listées à l'art. 9 al. 2 OLAA sont couvertes par l'assureur-accidents, même si elles ont, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré. Ce n'est que si l'origine exclusivement dégénérative de la lésion est manifeste qu'il incombe à l'assureur-maladie de la prendre en charge. En l'occurrence, il résulte des pièces versées au dossier qu'en date du 7 septembre 2012, le recourant a chuté sur son côté droit et que cette chute – dont le caractère de facteur

extérieur, soudain et involontaire n'est pas contesté par l'intimée - a déclenché une symptomatologie douloureuse notamment à l'épaule droite (déclaration d'accident du 12 septembre 2012, rapport du Dr M _____ du 1^{er} octobre 2012, rapport du Dr N _____ du 12 octobre 2012). Ce fait est également corroboré par le Dr O _____ et le Dr P _____. Le Dr O _____ a en effet admis que la symptomatologie douloureuse présentée par le recourant à l'épaule droite, suite à sa chute du 7 septembre 2012, justifiait un traitement médical et une incapacité de travail jusqu'au 31 décembre 2012 (rapport du Dr O _____ du 16 octobre 2012 et courriel de l'intimée du 26 novembre 2012). Le Dr P _____ a également admis que la chute avait entraîné une atteinte à l'épaule droite qui justifiait une prise en charge pendant un mois (rapport du Dr P _____ du 9 avril 2013, page 10 chiffre 7). Compte tenu de ce qui précède, il est établi que la chute du 7 septembre 2012 a, au moins, déclenché les symptômes douloureux présentés par le recourant à l'épaule droite. Il convient encore d'examiner si l'origine exclusivement dégénérative de la lésion de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite est manifeste, comme le fait valoir l'intimée en se fondant sur l'avis des Drs P _____ et O _____. Par rapport du 9 avril 2013, le Dr P _____ a estimé que l'accident du 7 septembre 2012 n'a pas causé l'atteinte à l'épaule droite du recourant. Il a motivé son appréciation notamment par l'âge du recourant, soit 60 ans au moment de l'accident. Selon l'expert, à cet âge, les lésions dégénératives sont fréquentes et les lésions purement traumatiques sont rares. En outre, les radiographies et l'IRM ne montraient pas de lésion traumatique mais toute une série de lésions manifestement dégénératives. Par ailleurs, l'infiltration graisseuse des corps musculaires de la coiffe des rotateurs était un signe supplémentaire d'une atteinte dégénérative chronique. Lors l'audience d'enquêtes du 21 janvier 2014, l'expert a confirmé ses conclusions. Comme cela a déjà été examiné, l'existence d'atteintes dégénératives à l'épaule droite, antérieures à l'accident du 7 septembre 2012, n'est en effet pas contestable. Cela étant, cette constatation n'est ni déterminante, ni suffisante pour nier le droit aux prestations lorsqu'il s'agit d'une lésion assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA. En effet, la question n'est pas de savoir si les lésions revêtent une origine uniquement accidentelle, mais plutôt si elles sont d'origine exclusivement dégénérative. Ainsi, qu'une atteinte dégénérative ait vraisemblablement joué un rôle important, voire prépondérant, dans la survenance de la lésion, n'est pas déterminant (voir ATF non publiés 8C_347/2013 du 18 février 2014, consid. 4.1; 8C_698/2007 du 27 octobre 2008, consid. 5.1). Par ailleurs, le Dr P _____ est d'avis que l'action vulnérante de l'accident était peu appropriée pour causer une atteinte aux tendons de la coiffe des rotateurs, en l'absence de toute notion d'abduction active contrariée ou de mouvement extrême de l'épaule. Selon le Dr P _____, il s'agissait d'une contusion axiale et latérale susceptible d'entraîner un pincement de l'espace sous-acromial et de révéler une lésion préexistante à ce niveau, mais pas de causer des dégâts supplémentaires des tendons de la coiffe des rotateurs. Lors de l'audience d'enquêtes du 21 janvier 2014, l'expert a maintenu son avis. On relèvera que l'absence d'abduction active contrariée ou de mouvement extrême de l'épaule concerne en réalité le point de savoir si le facteur extérieur qui a déclenché les symptômes revêtait un caractère extraordinaire. Or, il convient de rappeler qu'un facteur extérieur soudain et involontaire suffit, même s'il ne présente pas un caractère extraordinaire, pour assimiler à un accident une lésion tendineuse qu'il a déclenchée; que cette lésion ait pu se produire, en l'absence de facteur extraordinaire, uniquement parce que le tissu touché était déjà fragilisé par une dégénérescence ne permet pas encore d'attribuer cette lésion exclusivement à la maladie. Quoi qu'il en soit, il convient

de relever que le Dr P_____ a reconnu, par-devant la Cour de céans, que la chute avait été un élément déclencheur de la perte de la fonctionnalité de l'épaule droite du recourant (procès-verbal d'enquêtes du 21 janvier 2014, page 4). Par ailleurs, il a également confirmé que la chute avait déclenché les douleurs à l'épaule droite, lorsqu'il a donné l'exemple d'une personne souffrant de coxarthrose et qui chute (procès-verbal d'enquêtes du 21 janvier 2014, page 3). Force est dès lors de constater que l'expert reconnaît lui-même l'influence de la chute du 7 septembre 2012 dans les symptômes douloureux présentés par le recourant à l'épaule droite. Il s'ensuit donc que les symptômes douloureux, et partant, l'atteinte à l'épaule droite du recourant, ne peuvent être attribués exclusivement à la maladie. Le Dr O_____ a lui aussi proposé de nier le rapport de causalité entre les atteintes à l'épaule droite du recourant et l'événement du 7 septembre 2012 (avis du 16 octobre 2012), pour les mêmes raisons que celles invoquées par le Dr P_____, soit en particulier l'action vulnérante de l'accident et l'existence des atteintes dégénératives préexistantes. Or, comme cela a déjà été examiné, ces facteurs ne permettent pas de retenir que l'atteinte litigieuse serait manifestement d'origine exclusivement dégénérative. Force est donc de constater qu'aucune pièce ne permet de retenir que la déchirure de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite du recourant serait manifestement d'origine exclusivement dégénérative. Au contraire, l'expert a reconnu l'influence qu'a eue la chute sur les symptômes douloureux et sur la perte de fonctionnalité de l'épaule droite du recourant, corroborant ainsi l'avis du Dr N_____. Compte tenu de ce qui précède, il y a donc lieu de conclure, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la chute du 7 septembre 2012 est, en partie, à l'origine des atteintes à la coiffe des rotateurs diagnostiquée à l'épaule droite du recourant. L'intimée est par conséquent tenue de prendre en charge dès le 7 septembre 2012 les prestations légales relatives aux lésions que le recourant a subies à la coiffe des rotateurs de l'épaule droite. Il incombera par ailleurs à l'intimée d'examiner à nouveau à partir de quelle date, postérieurement à l'intervention chirurgicale effectuée le 6 juin 2013 par le Dr N_____, le statu quo sine/ante aura été atteint, étant rappelé que dans le cas des lésions assimilées à un accident, l'on ne peut pas se fonder simplement sur le degré de vraisemblance prépondérante (ATF non publié 8C_347/2013 du 18 février 2014 consid. 3.2 et les références citées). On ajoutera encore que contrairement à ce que fait valoir l'intimée dans son écriture du 13 février 2014, dans la mesure où le Dr P_____ se fonde uniquement sur le diagnostic d'une contusion bénigne pour fixer un retour à un statu quo sine un mois après l'événement, son avis ne peut être suivi. 9. Compte tenu de ce qui précède, le recours est bien fondé. Les décisions litigieuses seront annulées, le lien de causalité entre l'accident du 7 septembre 2012 et les lésions à la coiffe des rotateurs de l'épaule droite du recourant étant établi. La cause sera renvoyée à l'intimée pour nouvelle décision concernant le versement des prestations légales dues. 10. Le recourant, représenté et obtenant gain de cause, une indemnité de 2'500 fr. lui est allouée à titre de participation à ses frais et dépens, compte tenu du nombre d'écritures et d'audiences (art. 61 let. g LPGA). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :