REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

**A/1180/2007** **ATAS/1264/2007**

# ARRET

# DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

## Chambre 4

## du 14 novembre 2007

En la cause

| | |
|---|---|
| Monsieur V_____, domicilié , LE LIGNON, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Odile BRELAZ BRAILLARD | recourant |

contre

| | |
|---|---|
| ALLIANZ SUISSE SOCIETE D'ASSURANCES SA (ZURICH), Centre de sinistres Genève, sise av. du Bouchet 2; GENEVE | intimée |

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Nicole BOURQUIN et Bertrand REICH, Juges assesseurs**

## EN FAIT

1. Monsieur V_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1960 et de nationalité allemande, a été engagé, le 1er avril 2001, en tant que violoniste par l'Orchestre de la X_____. A ce titre, il est couvert contre les accidents professionnels et non professionnels par ALLIANZ Suisse société d'assurances (ci-après ALLIANZ).

2. Le 22 septembre 2005, en rentrant à son domicile après un concert, alors qu'il roulait à scooter (BMW C1), il a heurté une borne et a chuté de son véhicule doté d'une armature avec toit. Lors de la chute, son épaule droite a heurté un tube métallique en forme de demi-cercle fixé de chaque côté du haut du siège.

3. Le 4 octobre 2005, l'assuré a consulté le Dr A_____, chirurgien-orthopédiste, et, le 10 octobre 2005, l'employeur a annoncé l'accident à ALLIANZ.

4. Le 11 octobre 2005, l'assuré a passé des examens radiologiques de l'épaule droite. Les radiographies ont révélé une petite proéminence sous-acromiale alors que l'échographie a mis en évidence une bourse sous-acromio-deltoïdienne épaissie contenant une lame liquidienne. Le radiologue a considéré que les éléments échographiques suggéraient une bursite probablement post-traumatique vu le contexte.

5. Dans un rapport médical du 13 octobre 2005 relatif à une déclaration d'accident-bagatelle, le Dr A_____ a diagnostiqué une contusion de la coiffe des rotateurs à l'épaule droite, puis, dans un rapport médical initial du 6 novembre 2005, il a posé un diagnostic de bursite sous-acromiale à droite et a attesté une incapacité de travail entière dès le 26 octobre 2005.

6. Le 1er décembre 2005, sur demande du médecin-conseil d'ALLIANZ, le Dr A_____ a précisé que, lors de la première consultation, il n'avait pas constaté de lésion cutanée, mais une symptomatologie essentiellement douloureuse au niveau de la coiffe et de l'articulation acromio-claviculaire. Il a expliqué que, depuis cette chute, le patient se plaignait de douleurs à l'épaule droite essentiellement lors de la pratique de son métier de violoniste qui étaient très gênantes lors des répétitions et à plus forte raison lors des concerts. Il a suspecté que l'état de l'articulation acromio-claviculaire fût à l'origine des plaintes du patient et a décidé de pratiquer une arthro-IRM.

7. Le 2 décembre 2005, l'assuré s'est soumis à une arthro-IRM.

8. Dans un rapport du 9 janvier 2006, le Dr A_____ a diagnostiqué une entorse acromio-claviculaire droite.

9. Le 26 janvier 2006, ALLIANZ a informé l'assuré qu'il mettait en œuvre une expertise auprès du Dr B_____, chirurgien-orthopédiste, et lui a donné l'occasion de prendre position sur le questionnaire adressé à l'expert.

10. Dans un rapport du 8 mars 2006, le Dr A_____ a indiqué qu'il y avait peu d'évolution et a mentionné une reprise du travail à 50 % depuis le 23 janvier 2006.

11. Le 10 mars 2006, l'assuré a consulté le Dr C_____, spécialiste en médecine interne. Dans un rapport du 30 mai 2006, ce médecin a constaté des douleurs acromio-claviculaires à droite ainsi qu'une amyotrophie secondaire du deltoïde et du sus-épineux à droite. Il a diagnostiqué un status post-contusion de l'épaule droite.

12. Le 16 mai 2006, l'assuré s'est soumis à une scintigraphie qui a mis en évidence une hypercaptation de l'extrémité claviculaire droite. Le radiologue a conclu à une hyperactivité acromio-claviculaire droite compatible avec le diagnostic différentiel d'un traumatisme ou de troubles arthrosiques.

13. Le 19 juin 2006, l'assuré a subi une électroneuromyographie du membre supérieur droit. Lors de son examen clinique, le neurologue n'a pas constaté d'amyotrophie évidente. Quant à l'électroneuromyographie, elle n'a pas révélé d'atteinte radiculaire ou tronculaire ce qui a permis d'exclure une composante neurogène aux douleurs.

14. Dans son rapport d'expertise du 21 juin 2006, le Dr B_____ a diagnostiqué une arthrose acromio-claviculaire droite, manifestement dégénérative, révélée par une contusion bénigne de cette épaule, le 22 septembre 2005. Lors de la prise d'anamnèse, l'assuré a déclaré que son accident s'était produit alors qu'il circulait à environ 5 km/h et que, sur le moment, il avait ressenti une douleur diffuse de son épaule droite, sans limitation fonctionnelle, ni sensation de déboîtement. Il a précisé qu'il avait pu rentrer chez lui avec son scooter et que, pendant la nuit, les douleurs avaient persisté avec apparition d'un hématome à la face externe de l'épaule droite, puis que, les jours suivants, l'hématome et les douleurs localisées avaient régressé mais que des douleurs plus diffuses avaient persisté à l'effort ainsi que lorsqu'il était couché sur le côté droit. Il a expliqué qu'il s'était traité lui-même avec des anti-inflammatoires non stéroïdes et avait continué à travailler normalement car l'orchestre préparait la présentation d'un opéra de Wagner. Il a ajouté que, deux semaines plus tard, les douleurs diffuses avaient régressé sur un foyer situé actuellement au niveau de l'articulation acromio-claviculaire droite. L'expert a indiqué que l'arthro-IRM du 2 décembre 2005 avait révélé un aspect remanié de l'articulation acromio-claviculaire sans autre lésion visible. Lors de son examen clinique, il a constaté des douleurs dans la région acromio-claviculaire droite en fin de mouvements de flexion et d'abduction ainsi que des douleurs à la palpation de l'épiphyse distale de la clavicule droite. Il a procédé à des radiographies acromio-claviculaires de face, le 4 mai 2006, qui ont révélé, à droite, un aspect nettement

élargi avec une boursouflure remaniée de l'épiphyse distale de la clavicule parlant pour un processus dégénératif ou inflammatoire à ce niveau. Il a considéré que l'état de l'épaule droite était une conséquence naturelle seulement possible, mais peu probable, avec l'accident du 22 septembre 2005 et que le patient présentait très vraisemblablement une lésion dégénérative de l'articulation acromio-claviculaire droite avant l'accident qui n'avait fait que révéler les lésions anatomiques objectives au niveau de cette articulation de sorte que le statu quo sine avait dû être retrouvé au plus tard après un mois.

15. ALLIANZ a soumis ce rapport d'expertise à son médecin conseil, le Dr D_____, généraliste. Dans un rapport du 14 décembre 2006, ce dernier a expliqué qu'une bursite sous-acromiale n'était pas une lésion traumatique mais la traduction du contexte de surcharge et qu'il ne s'agissait pas d'une lésion assimilée. Il a considéré que l'expertise n'était pas erronée et que le diagnostic retenu était tout à fait adéquat.

16. Dans sa prise de position consécutive à la communication de l'expertise par ALLIANZ, le 30 juin 2006, l'assuré a indiqué que, contrairement à ce qu'avait mentionné l'expert, il ne jouait pas une quarantaine d'heures de violon par semaine, mais 20 heures et a contesté qu'il jouait 1h45 de suite sans pouvoir se reposer puisqu'il avait plusieurs fois la possibilité, lors des répétitions et des concerts, de faire quelques pauses durant quelques secondes à quelques minutes. Il a estimé que la thèse de l'antériorité de la maladie était infirmée par le fait qu'après avoir interrompu le travail du 19 mai au 12 juin 2006, l'état de son épaule s'était amélioré et lui avait permis de reprendre le travail à 100 % dès le 22 juin 2006.

17. Par décision du 29 août 2006, ALLIANZ a considéré que, selon le rapport d'expertise, le statu quo sine avait été atteint dès le 22 octobre 2005 et que, dès cette date, aucune prestation n'était versée en faveur de l'assuré.

18. Le 28 septembre 2006, l'assuré a formé opposition contre ladite décision. Puis, le 30 octobre 2006, il a complété son opposition.

19. Dans un rapport du 21 novembre 2006, le Dr A_____ a diagnostiqué une luxation acromio-claviculaire droite et une contusion de l'épaule droite. Il a considéré que l'état de santé de l'assuré était en lien de causalité avec l'accident du 22 septembre 2005 de façon certaine pour le motif qui n'existait aucune symptomatologie avant l'accident. Il a estimé que le diagnostic d'entorse acromio-claviculaire droite correspondait aux lésions assimilées de déboîtements d'articulation, déchirures du ménisque et lésions de ligaments. Il a indiqué que le statu quo sine avait été retrouvé à son avis dès le 1er juillet 2006.

20. Par décision sur opposition du 19 février 2007, ALLIANZ a confirmé sa position. Elle a admis que la chute du scooter réunissait les cinq éléments constitutifs de l'accident. Elle a relevé que les diagnostics retenus par le médecin traitant avaient

évolué avec le temps et que ses avis contradictoires ne remplissaient pas les conditions pour remettre en cause la validité des conclusions de l'expert qui avait examiné l'assuré et exposé les motifs pour lesquels il retenait le diagnostic d'arthrose acromio-claviculaire droite manifestement dégénérative.

21. Par acte du 22 mars 2007, l'assuré a recouru contre ladite décision auprès du Tribunal de céans. Il a conclu, sous suite de dépens, à la prise en charge des frais médicaux au-delà du 22 octobre 2005 et au versement d'indemnités journalières jusqu'au 1er juillet 2006. Il a allégué qu'il existait un certain nombre d'indices concrets permettant de douter du bien-fondé de l'expertise et que cette dernière n'était pas suffisamment convaincante pour écarter sans autre le diagnostic posé par le médecin traitant. Il a contesté l'appréciation de l'expert quant à l'importance du choc qui s'était produit lors de l'accident. En outre, il a soutenu que l'expert n'était pas en mesure d'apprécier cet élément a posteriori et qu'il n'était pas compétent pour ce faire. Il a expliqué qu'une luxation de stade 1 consistait en une entorse acromio-claviculaire simple avec distension qui entrait dans le cadre des lésions assimilées. Il a relevé que le montant relativement important des réparations de la moto donnait un indice sur la violence du choc. Il a contesté que les douleurs dans la région acromio-claviculaire droite se soient développées secondairement. Il a estimé que le diagnostic de luxation acromio-claviculaire droite devait être admis et qu'il s'agissait d'une lésion assimilée à un accident qui ne revêtait aucunement un caractère manifestement dégénératif de sorte qu'il n'était pas possible d'admettre l'atteinte du statu quo sine. Il a ajouté qu'au cas où elle ne devait pas être considérée comme une lésion assimilée, il fallait retenir, dans le cadre de l'examen du statu quo sine, que l'arthrose diagnostiquée par l'expert aurait tout aussi bien pu rester asymptomatique sans l'accident et qu'il n'avait retrouvé une fonction quasi complète de son épaule pratiquement sans douleur que dès le 1er juillet 2006 au moment où il avait récupéré une pleine capacité de travail.

22. Dans sa réponse du 1er juin 2007, l'intimée a conclu, principalement, au rejet du recours sous suite de frais et dépens, subsidiairement, au renvoi de l'affaire à l'intimée pour complément d'instruction au cas où le Tribunal retiendrait le diagnostic d'entorse acromio-claviculaire. Elle a rappelé qu'il appartenait à l'expert de se prononcer sur l'existence de la causalité naturelle et, par voie de conséquence, sur le fait qu'un événement accidentel puisse être à l'origine d'une atteinte à la santé. Elle a relevé que le recourant ne produisait aucun avis médical contestant les conclusions de l'expert et que le document qu'il joignait pour asseoir le diagnostic de luxation était destiné aux étudiants en médecine français. Elle a relevé que les arguments développés par le recourant n'étaient pas propres à mettre en doute la justesse du diagnostic retenu par l'expert et que le médecin traitant n'apportait aucun élément pour justifier le diagnostic qu'il retenait finalement. Elle a estimé qu'il n'y avait pas lieu de s'éloigner des conclusions de l'expert en ce qui concernait le diagnostic dès lors que tous les médecins consultés par le recourant ainsi que ceux qui avaient eu à se prononcer dans le cadre du dossier retenaient le diagnostic

de contusion hormis le médecin traitant. Elle a exposé que si le diagnostic d'entorse devait être admis par le Tribunal, il remplissait les conditions d'un accident de sorte qu'il ne constituait pas des lésions assimilées et, de plus, ne correspondait pas à un déboîtement d'articulation.

23. Dans sa réplique du 2 juillet 2007, le recourant a persisté dans ses conclusions précédentes. Il a allégué que l'expert avait fixé lui-même les circonstances de l'accident. Il a contesté que la moto (recte : scooter) s'était couchée sur le côté droit, qu'il roulait à 5 km/h et qu'il avait souffert de douleur diffuse sans limitation fonctionnelle. Il a allégué qu'il n'avait plus pu soulever le bras et qu'il avait eu des difficultés à se coiffer ainsi qu'à s'habiller. Il a également contesté avoir continué à travailler normalement puisqu'il prenait pour ce faire des anti-inflammatoires. Il a allégué que l'anamnèse et la description des circonstances de l'accident étaient truffées d'erreur et de contradictions ce qui permettait de douter des conclusions de l'expertise, notamment du diagnostic posé qui reposait sur un état de fait contesté, alors que les éléments radiologiques ne confirmaient pas les éléments caractéristiques d'une arthrose. Il a soutenu qu'il n'appartenait pas à l'expert d'établir les circonstances de l'accident car cette tâche incombait à l'assureur. Il a reproché à l'expert de ne pas avoir expliqué pourquoi il ne retenait pas le diagnostic d'entorse acromio-claviculaire alors même qu'il ne l'excluait pas dans son expertise. Il a relevé que si le médecin traitant avait changé de diagnostics à plusieurs reprises c'était en raison des examens complémentaires qui avaient permis d'affiner le diagnostic. Il a produit à cet effet un rapport du Dr A_____ du 25 juin 2007 expliquant que, le 28 octobre 2005, il avait retenu le diagnostic de conflit sous-acromial sur contusion de la coiffe des rotateurs et d'entorse acromio-claviculaire sur la base d'un examen clinique plus précis après diminution des douleurs qui avait permis de préciser leur origine. Il a indiqué que l'assuré avait présenté une entorse acromio-claviculaire puisqu'il y avait eu atteinte ligamentaire. Il a précisé qu'il n'avait pas examiné le côté contro-latéral ayant fait l'objet d'une radiographie par l'expert qui avait suspecté la présence d'une arthrose en raison de la présence d'une articulation acromio-claviculaire asymétrique. Il a considéré que même si l'assuré roulait à faible vitesse à moto (recte : scooter), cet engin avait un certain poids et que les forces en présence étaient tout à fait aptes à provoquer de pareilles lésions.

24. Dans sa duplique du 14 août 2007, l'intimée a confirmé ses précédentes conclusions. Elle a exposé que la description des circonstances de l'accident donnée par l'expert n'était nullement une interprétation de sa part, mais bien une transcription des déclarations du recourant. Elle a constaté que l'expert avait examiné le dossier radiologique du recourant ce qui lui permettait de contester que le diagnostic posé par l'expert ne fût pas confirmé par les éléments radiologiques. Elle a souligné que le médecin traitant précisait qu'il n'y avait pas eu de luxation, mais une entorse, soit un diagnostic ne figurant pas dans la liste des lésions assimilées. Elle a relevé que le médecin traitant n'apportait aucune explication

convaincante permettant de mettre en doute sérieusement les conclusions de l'expert.

25. Le 15 août 2007, le Tribunal a communiqué cette écriture au recourant et a informé les parties que la cause était gardée à juger.

## EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 5 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA).

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

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003 entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-accidents. Elle est applicable en l'espèce, dès lors que les faits juridiquement déterminants se sont déroulés postérieurement à son entrée en vigueur (cf. ATF 130 V 446 ss consid. 1, 129 V 4 consid. 1.2). Les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi, de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3).

3. Selon l'art. 60 al. 1 LPGA, le délai de recours est de trente jours. La décision sur opposition du 19 février 2007 a été reçue par le recourant le 20 février 2007 et le délai de recours n'a commencé à courir que le lendemain de la réception de sorte qu'il est arrivé à échéance le 22 mars 2007 (art. 38 al. 1 LPGA). Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours déposé le 22 mars 2007 est recevable, en vertu des art. 56 ss LPGA.

4. Le litige porte sur le point de savoir si l'intimée était fondée à supprimer dès le 22 octobre 2005 le versement de l'indemnité journalière et la prise en charge des frais de traitement du recourant. A titre préalable, il convient de relever que la chute de scooter du 22 septembre 2005 remplit les cinq conditions de l'accident au sens de l'art. 4 LPGA de sorte que cette question n'est pas litigieuse et qu'il n'y a, dès lors, pas lieu d'examiner si les lésions subies constituent des lésions assimilées au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA. La véritable question litigieuse est celle de la date de l'atteinte du statu quo sine.

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.

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. 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 181 consid. 3.1, 406 consid. 4.3.1, 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références).

Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident. La disparition du caractère causal de l'accident eu égard à l'atteinte à la santé de l'assuré doit être établie au degré habituel de la vraisemblance prépondérante requis en matière d'assurances sociales. La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit pas (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b).

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 consid. 2) 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 p. 264 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 disparues (arrêts U 389/04 du 27 octobre 2005, consid. 4.1, U 222/04 du 30 novembre 2004, consid. 1.3 et les références).

6. 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. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références).

   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).

   Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du

dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permette de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

7. Le recourant conteste l'atteinte du statu quo sine à partir du 22 octobre 2005. A l'appui de sa thèse, il allègue que l'expertise n'a pas de valeur probante étant donné qu'elle est truffée d'erreurs ainsi que de contradictions et que l'expert n'explique pas pourquoi il ne retient pas le diagnostic d'entorse acromio-claviculaire posé par le médecin traitant. Il relève que plusieurs médecins admettent l'existence d'un lien de causalité naturelle entre les troubles dont il souffre et l'accident. Il soutient que le statu quo sine a été atteint dès le 1er juillet 2006 au moment où il a pu reprendre le travail à 100 % car l'arthrose diagnostiquée par l'expert aurait tout aussi bien pu rester asymptomatique sans l'accident.

   Pour sa part, en se basant sur le rapport de l'expert, l'intimée prétend que le statu quo sine a été atteint dès le 22 octobre 2005 et que la persistance de l'état douloureux dès cette date est due à une arthrose dégénérative qui est sans rapport avec l'accident. Il considère que le rapport d'expertise a une pleine valeur probante car le médecin traitant n'apporte aucun élément permettant de justifier son diagnostic divergent et de contester les conclusions de l'expert.

   a) En l'espèce, même si l'expert a commis quelques rares erreurs de fait, elles ne revêtent toutefois pas l'importance que leur confère le recourant, dans la mesure où celles-ci portent sur des événements d'ordre secondaire qui n'ont jamais été utilisés pour justifier une quelconque appréciation de l'expert (ATFA non publié du 21 décembre 2006, U 166/06, consid. 2.2). En effet, on ne voit pas en quoi les erreurs commises au sujet de la durée hebdomadaire de l'exercice de la profession de violoniste et de la durée des pauses entre chaque mouvement musical ont une quelconque incidence tant sur les diagnostics retenus que sur la question du lien de causalité naturelle.

      Dans son rapport d'expertise du 21 juin 2006, le Dr B_____ pose le diagnostic d'arthrose acromio-claviculaire droite, manifestement dégénérative. Il considère que l'état somatique de l'épaule droite est une conséquence naturelle seulement possible de l'accident pour les motifs que l'énergie développée lors de l'accident lui paraît trop faible pour causer une entorse acromio-claviculaire significative, que l'hématome apparu initialement à la face externe de la tête humérale droite est compatible avec une lésion des tissus mous contre le cadre de la protection de sa moto (recte : scooter), que les douleurs liées à la contusion de la face externe de l'épaule droite ont progressivement fait place à des douleurs dans la région acromio-claviculaire droite, que les radiographies pratiquées trois semaines après l'accident montrent une boursouflure scléro-géodique de l'épiphyse distale de la clavicule révélant plutôt l'aboutissement d'une lésion dégénérative ancienne peu compatible avec une lésion datant de moins d'un

mois. Ce faisant, il explique pourquoi il pose le diagnostic d'arthrose et, implicitement, pourquoi il ne peut pas retenir les diagnostics de bursite et d'entorse acromio-claviculaire posés successivement par le médecin traitant. En outre, il expose que cette lésion dégénérative était très vraisemblablement déjà présente avant l'accident qui n'a fait que révéler et non pas causer les lésions objectivables au niveau de cette articulation. Il estime que l'accident n'a entraîné qu'une contusion bénigne de l'épaule droite dont le statu quo sine a été retrouvé au plus tard après un mois. Ces explications quant au diagnostic retenu et à l'appréciation du lien de causalité naturelle sont claires et convaincantes. De plus, l'expertise a été réalisée sur la base d'un examen du recourant, de l'étude du dossier assécurologique et radiologique - ce dernier ayant encore été actualisé par un nouvel examen radiologique le 4 mai 2006 -, des plaintes exprimées par le recourant ainsi que d'une anamnèse personnelle, socio-professionnelle et actuelle.

Le diagnostic d'arthrose acromio-claviculaire que le recourant conteste a été posé par l'expert après examen des documents radiologiques et interprétation de sa part de ceux-ci. Sur les radiographies du 11 octobre 2005, l'expert a constaté un aspect boursoufflé de l'épiphyse distale de la clavicule droite avec remaniement bosselé et géodique de la face articulaire de la clavicule. Puis, sur les épreuves de l'arthro-IRM du 2 décembre 2005, il a également constaté un aspect remanié de l'articulation acromio-claviculaire confirmant l'impression qu'il avait eu en consultant les radiographies standards. Enfin, il a interprété les radiographies prises le 4 mai 2006 comme montrant un aspect nettement élargi de l'acromio-claviculaire droite avec une boursouflure remaniée de l'épiphyse distale de la clavicule parlant pour un processus dégénératif ou inflammatoire à ce niveau.

Le recourant se base sur l'interprétation faite par l'expert des dernières radiographies pour prétendre que le diagnostic d'arthrose est erroné. Contrairement à ce qu'affirme le recourant, il n'y a aucune contradiction de la part de l'expert à retenir un diagnostic d'arthrose lorsque les constatations radiologiques permettent d'admettre deux explications quant à l'aspect nettement élargi de cette articulation avec une boursouflure remaniée de l'épiphyse distale de la clavicule, à savoir le résultat d'un processus dégénératif ou inflammatoire. En effet, le premier examen radiologique, effectué quinze jours après l'accident, a déjà révélé un aspect boursoufflé de l'épiphyse distale de la clavicule droite avec remaniement bosselé et géodique de la face articulaire de la clavicule, soit un remaniement qui ne peut pas être expliqué par l'accident du 22 septembre 2005 puisqu'une telle évolution ne peut pas se produire en quinze jours, mais est le résultat d'un long processus qui signe son origine dégénérative. De plus, dans son rapport du 25 juin 2007, le médecin traitant ne remet pas en question ce diagnostic puisqu'au contraire, il l'explique par l'asymétrie de l'articulation acromio-claviculaire.

Par ailleurs, aucune pièce du dossier n'est susceptible de mettre sérieusement en doute la pertinence des conclusions de l'expert. En effet, même si dans son rapport du 21 novembre 2006 postérieur à la prise de connaissance des conclusions de l'expert, le Dr A_____ pose le nouveau diagnostic de luxation acromio-claviculaire droite, il ne l'étaye pas alors même qu'auparavant il avait diagnostiqué une contusion, puis une bursite et qu'une motivation détaillée se justifiait d'autant plus qu'il savait que l'expert avait retenu un autre diagnostic. Les explications que le médecin traitant donne dans son rapport du 25 juin 2007, à savoir que, le 28 octobre 2005, il avait retenu le diagnostic de conflit sous-acromial sur contusion de la coiffe des rotateurs et d'entorse acromio-claviculaire, sont contredites par les faits. En effet, dans son rapport du 6 novembre 2005, le Dr A_____ a posé un diagnostic de bursite sous-acromiale, puis dans celui du 1er décembre 2005, il n'a nullement mentionné un diagnostic d'entorse acromio-claviculaire alors même que le médecin-conseil de l'intimée lui demandait des précisions car il estimait que, dans le cours normal des choses, en présence d'une bursite sous-acromiale droite, la guérison devrait intervenir et le travail être repris. En réalité, contrairement à ce qu'affirme le médecin traitant, ce n'est que dans son rapport du 9 janvier 2006 qu'il a diagnostiqué une entorse acromio-claviculaire droite. Or, selon la jurisprudence, les annotations médicales antérieures doivent l'emporter sur une anamnèse postérieure (ATFA 1962 p. 184). Par conséquent, ses explications sont empreintes de son point de vue de médecin traitant. Or, 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).

Au sujet du lien de causalité, contrairement à ce que soutient le recourant, aucun médecin, à part le médecin traitant, ne retient l'existence d'un tel lien entre les troubles constatés et l'accident. Si le rapport radiologique du 11 octobre 2005 fait état d'une bursite probablement post-traumatique vu le contexte, force est de constater que le radiologue raisonne en terme de probabilité au lieu de vraisemblance prépondérante, ce qui n'est pas suffisant en droit des assurances sociales, et que ce diagnostic n'a pas été retenu par l'expert. De même, dans son rapport du 30 mai 2006, le Dr C_____ ne se prononce absolument pas sur la question du lien de causalité et se borne à confirmer le diagnostic de status post-contusion à l'épaule droite.

b) En outre, le recourant critique le rapport de l'expert dans la mesure où celui-ci justifie la survenance du statu quo sine en se fondant notamment sur le caractère bénin de l'accident du 22 septembre 2005. Il allègue qu'il a subi au contraire une lourde chute dont la gravité apparaît établie au vu des circonstances de l'accident et des frais de réparation de son scooter.

Contrairement à ce que prétend le recourant, il appartient à l'expert de se prononcer sur l'énergie développée lors du choc puisqu'il s'agit d'une des circonstances à prendre en considération pour établir l'atteinte du statu quo sine, soit pour trancher la question de la causalité naturelle. En effet, selon la doctrine, dans le cadre de l'anamnèse d'une expertise: «Le déroulement exact de l'accident est reconstitué selon le point de vue de l'assuré; on relève la nature, l'importance et la direction des forces agissantes, et signale d'éventuelles contradictions» (MEINE/BURRI, Guide LAA pour médecins-consultants, experts et spécialistes d'assurance, 2ème édition 2000, p. 60). A cet égard, peu importe que cette appréciation se fasse a posteriori dès lors qu'elle repose sur les déclarations de l'assuré.

Il existe une description succincte de l'accident du 22 septembre 2005 donnée par l'employeur dans l'annonce du 10 octobre 2005 et faisant état d'une chute en moto (recte : scooter) après avoir heurté une borne. La seule description plus détaillée de l'événement a été relatée par l'expert après avoir questionné le recourant à ce sujet : «Il circulait à environ 5 km/h lorsque la moto a heurté une borne et s'est couchée sur le côté droit. Le cadre a heurté le sol et l'épaule droite a heurté la face interne du cadre pendant qu'il tenait encore le guidon des 2 mains». Le recourant conteste qu'il roulait à 5 km/h, que sa moto se fût couchée sur le côté et qu'il tenait le guidon des deux mains. Toutefois, il ne précise pas à quelle vitesse il roulait, mais indique que la moto a été projetée du côté droit et l'a entraîné dans sa chute sans qu'il n'explique en quoi cette version diffère manifestement de celle relatée par l'expert. Par ailleurs, force est de constater que, dans son mémoire de recours, le recourant a expliqué qu'il avait percuté la borne ce qui l'avait projeté d'avant en arrière et avait provoqué sa chute sur le côté entraîné par le poids de la moto carénée (recte : scooter). Cette description confirme que la moto s'est couchée sur le côté droit contrairement à ce que prétend le recourant après coup.

Il est frappant de constater que les griefs formés contre l'appréciation de l'expert dépendent tous des informations données par le recourant. En effet, tant pour décrire l'accident que pour rapporter les plaintes du patient, le Dr B_____ s'est basé sur les propres déclarations du recourant qui a manifestement changé de version entre ses déclarations à l'expert et ses explications subséquentes. Notamment le développement d'un hématome sur le bord externe de l'épaule droite dans les suites immédiates de l'accident ainsi que l'évolution des douleurs présentées après l'accident, tous deux contestés par le recourant, reposent sur ses propres déclarations à l'expert. Selon la jurisprudence, en présence de deux versions différentes au sujet des circonstances d'un accident, il faut donner la préférence à celle que l'assuré a donnée en premier, alors qu'il en ignorait les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être - consciemment ou non - le produit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 47 consid. 2a, ATF 115 V 143 consid. 8c;

ATFA non publié du 24 janvier 2000, U 206/99, consid. 1b; RAMA 1988 n° U 55 p. 363 consid. 3b/aa). S'agissant du déroulement de l'accident, le Tribunal constate que, dans sa prise de position consécutive à la communication de l'expertise par l'intimée, le recourant n'a pas contesté la description relatée par l'expert dans son rapport, pas plus qu'ultérieurement dans son opposition, puis pas davantage dans son recours où il a uniquement nié à l'expert la compétence pour se prononcer sur l'énergie développée lors du choc et lui a reproché son appréciation par trop hypothétique. En réalité, ce n'est que dans sa réplique qu'il a contesté la description relatée par l'expert ce qui démontre que cette motivation est le fruit de réflexions ultérieures. Il en va de même au sujet de la description des lésions apparues immédiatement après l'accident et de l'évolution des douleurs qu'il n'a contestée que dans son recours.

Au demeurant, le grief du recourant relatif à la gravité de l'accident n'est pas de nature à mettre en doute la valeur probante des conclusions de l'expert. En effet, cet élément n'a pas l'importance décisive que lui attache le recourant étant donné que la présence de l'atteinte dégénérative a joué un rôle majeur dans la persistance de l'état douloureux. En effet, quand bien même l'atteinte dégénérative est effectivement devenue symptomatique à l'occasion de l'accident du 22 septembre 2005, les douleurs se seraient résorbées au terme de la période indiquée par l'expert, à savoir un mois, si elles n'avaient pas trouvé un terrain favorable à leur maintien (cf. ATFA non publié du 19 avril 2007, U 171/06, consid. 4.2.1). Par conséquent, les conclusions de l'expert quant au lien de causalité naturelle sont cohérentes et convaincantes dès lors que l'accident du 22 septembre 2005 n'a pas revêtu une importance particulière. En effet, en tant qu'il est tombé de son scooter qu'il manoeuvrait à une vitesse de 15 km/h, le recourant n'a été victime que d'une chute banale. En outre, il n'a consulté son médecin que le 4 octobre 2005, soit près de deux semaines après l'accident, et a continué à exercer son activité professionnelle sollicitant de façon répétée l'épaule droite avant d'être déclaré en arrêt total de travail dès le 26 octobre 2005, soit près d'un mois après l'accident, ce qui confirme l'appréciation de l'expert, à savoir que le recourant a souffert tout d'abord d'une contusion de la face externe de l'épaule droite guérie au bout d'un mois au plus tard et de douleurs dans l'articulation acromio-claviculaire droite qui se sont développées secondairement en relation avec l'arthrose et qui, même si elles persistent, ne sont plus en relation de causalité naturelle avec ledit accident.

Par ailleurs, le Dr A_____ considère que l'état de santé du recourant est de façon certaine en lien de causalité avec l'accident pour le motif que le recourant ne présentait aucune symptomatologie avant l'accident. On ne saurait souscrire au point de vue du médecin traitant, car son argumentation reviendrait à conférer au principe «post hoc, ergo propter hoc» une valeur probante qu'il n'a pas, comme le Tribunal fédéral des assurances a déjà eu l'occasion de le préciser à plusieurs reprises (cf. ATF 119 V 341 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p.

408 consid. 3b). Le seul fait que des symptômes ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident peut constituer un indice, mais ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident. 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 (ATFA non publié du 1er septembre 2006, U 338/05, consid. 3.1.2). Or, les divers documents radiologiques permettent de conclure que l'étiologie réside dans une arthrose dégénérative qui n'a pas été causée par l'accident.

En définitive, aucun des allégués du recourant ne permet de douter de la valeur probante du rapport du Dr B_____ et de son appréciation du lien de causalité entre les troubles présents au moment de son examen et l'accident, de sorte que force est de constater qu'il remplit toutes les conditions jurisprudentielles permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante (cf. ATF 125 V 352 consid. 3a et la référence) et que, sur cette base, il y a lieu de confirmer l'atteinte du statu quo sine au plus tard au bout d'un mois, soit dès le 22 octobre 2005.

8. Au vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, sera rejeté. Bien qu'elle obtienne gain de cause, l'intimée n'a pas droit à des dépens, car elle est assimilée, vu sa qualité d'assureur privé participant à l'application de la LAA, à un organisme chargé de tâches de droit public ATF 126 V 149 ss consid. 4a).

* * * * *

**PAR CES MOTIFS,**
**LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.

3. Dit que la procédure est gratuite.

4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); 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

Sylvie CHAMOUX — Juliana BALDE

Le secrétaire-juriste : Philippe LE GRAND ROY

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