RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1752/2004 **ATAS/59/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 4

du 18 janvier 2006

En la cause

Monsieur Z_____, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Guy ZWAHLEN	recourant

contre

WINTERTHUR ASSURANCES, chemin de Primerose 11, case postale 7753, 1002 LAUSANNE	intimée

Siégeant : Mme Juliana BALDE, Présidente ; Mmes Doris WANGELER et Maya CRAMER, Juges

EN FAIT

1. Au début de la soirée du 22 septembre 2002, Monsieur Z_____, né en 1955, a glissé dans l'escalier de son duplex et a fait une chute sur le côté droit du thorax.

2. En raison d'une intensification des douleurs thoraciques droites à la respiration, il a consulté le soir même la Division des urgences médico-chirurgicales de l'hôpital universitaire de Genève. Il a été examiné par le Dr A_____, spécialiste en médecine interne, qui a constaté une douleur à la palpation des côtes 5 à 7 antérieures gauches (recte droites), a fait exécuter des radiographies qui ont montré une fracture de la 5ème côte et a attesté une incapacité de travail entière du 22 au 25 septembre 2002.

3. Le 25 septembre 2002, l'employeur a annoncé l'accident à la WINTERTHUR ASSURANCE (ci-après : WINTERTHUR).

4. La suite du traitement a été assurée par le Dr B_____, généraliste, qui a attesté une incapacité de travail entière dès le 23 septembre 2002 et pour une durée indéterminée. Il a fait réaliser de nouvelles radiographies thoraciques le 10 octobre 2002 qui ont montré trois fractures costales aux côtes 4, 5 et 6 dont deux nettement déplacées. Le 6 décembre 2002, il a signalé une nette amélioration sur le plan clinique et la formation de cal sur les trois côtes cassées visibles sur le cliché de contrôle du 2 décembre 2002.

5. Le 12 décembre 2002, l'assuré a été examiné par le Dr C_____, pneumologue, qui a fait procéder à des radiographies du thorax qui ont montré l'existence de cal sur l'arc latéral des côtes 4 et 5 ainsi qu'une ébauche de cal sur l'arc latéral de la côte 6 et une suspicion de cal sur l'arc latéral de la côte 7.

6. Dans son rapport du 3 février 2003, le Dr B_____ a mentionné une diminution des douleurs thoraciques et une persistance de nucalgies avec contractures musculaires paravertébrales consécutives à l'accident qui a probablement provoqué une entorse cervicale. Il a remis l'assuré au travail à 50% dès le 2 janvier 2003, puis à 100% dès le 3 février 2003.

7. Des radiographies de la colonne cervicale, pratiquées le 31 janvier 2003, ont montré une discopathie C5-C6 avec pincement intersomatique et réaction ostéophytaire marginale des plateaux vertébraux.

8. De nouvelles radiographies de la colonne cervicale effectuées le 14 avril 2003 ont confirmé la présence d'une discopathie C5-C6 et ont mis en évidence de minimes rétrolisthésis de C2 à C5.

9. Dans son rapport du 22 août 2003, postérieur à l'attestation d'une incapacité de travail entière du 11 juin 2003, à 50% du 16 au 22 juin 2003 et à 25% dès le 23 juin

2003, le Dr D_____, spécialiste en médecine manuelle, a fait état de cervico-brachialgies droites post-traumatiques, sans amélioration.

10. Le 30 juillet 2003, l'employeur a mis un terme au contrat de travail avec effet au 5 octobre 2003, en raison du manque d'esprit d'équipe et de flexibilité de son employé et de son refus d'effectuer certaines tâches incluses dans son cahier des charges.

11. Par courrier du 7 octobre 2003, la WINTERTHUR a demandé au Dr E_____, spécialiste en chirurgie, d'examiner l'assuré et de se prononcer sur le lien de causalité entre le traitement actuel, l'incapacité de travail de longue durée et l'accident du 22 septembre 2002.

12. Une IRM cervicale pratiquée le 16 octobre 2003 a montré une sévère discopathie C5-C6 avec protrusion postérieure autant ostéophytaire que discale ainsi qu'un effacement de l'espace péri-médullaire mais sans signe de compression médullaire ou de souffrance de la moelle épinière, une uncarthrose et une sténose du canal radiculaire gauche.

13. Dans son rapport du 10 novembre 2003, le Dr E_____ a indiqué que l'assuré se plaignait de la persistance de douleurs permanentes dans la région cervicale gauche s'exacerbant à la mobilisation et entraînant une limitation de la mobilité de la colonne cervicale ainsi que de la tête. Il a également évoqué des douleurs thoraciques occasionnelles à droite. Lors de son examen, ce spécialiste a constaté l'absence de douleurs au niveau des apophyses épineuses, l'absence de contractures palpables de la musculature para-vertébrale cervicale, la présence d'importantes douleurs à la jonction cervico-occipitale à gauche, l'absence de contracture palpable des deux côtés des trapèzes, une mobilité active et spontanée de la colonne cervicale satisfaisante en flexion-extension, enfin, une mobilité fortement limitée au cours des rotations. Le Dr E_____ a diagnostiqué un traumatisme thoracique droit fermé, des fractures des 4e, 5e et 6e côtes droites et une cervicarthrose (discopathie C5-C6). Il a conclu que la discopathie C5-C6 était préexistante et indépendante de l'accident du 22 septembre 2002. Quant aux plaintes au niveau de la colonne cervicale apparues environ trois mois après l'accident, il a considéré qu'elles étaient tout au plus dans un rapport de causalité possible avec ledit accident. Il a précisé que, même si l'on retenait une aggravation de l'état antérieur par l'accident, le statu quo sine était largement retrouvé une année après l'accident, voire au plus tard à la date de l'expertise, en précisant que seul l'état antérieur jouait encore un rôle dans les troubles actuels. Enfin, il a estimé qu'il n'y avait plus aucune incapacité de travail en rapport avec les séquelles de l'accident et qu'une éventuelle incapacité de travail résiduelle était à mettre sur le compte de l'état antérieur.

14. Par décision du 30 janvier 2004, en se basant sur le rapport "d'expertise" du Dr E_____, la WINTERTHUR a mis un terme à ses prestations dès le 14 octobre 2003.

15. Le 2 mars 2004, l'assuré a formé opposition à ladite décision et a expliqué que les douleurs dont il souffrait étaient les suites d'un traumatisme musculaire resté méconnu jusqu'ici et qui ne concernait pas les vertèbres C5 et C6, mais l'omoplate gauche. Il a précisé que ses douleurs étaient présentes depuis l'accident et qu'elles avaient passé à l'arrière plan en raison des fractures costales. Il a conclu à un réexamen de la décision en tenant compte de ces éléments nouveaux.

16. Dans son rapport du 6 avril 2004, le Dr F_____, spécialiste en médecine manuelle, a indiqué avoir découvert des points gâchettes dans l'angulaire de l'omoplate gauche et qu'il n'avait aucun doute quant au lien entre ces dysfonctions musculaires et l'accident.

17. Le dossier a été soumis au Dr G_____, spécialiste en chirurgie et médecin conseil de la direction générale de la WINTERTHUR. Dans son rapport du 5 mai 2004, ce médecin a estimé que les fractures des côtes droites 5 à 7 étaient guéries et ne donnaient plus lieu à de réelles douleurs. Quant aux discopathies C5-C7 avec ostéophyte, uncarthrose et canal radiculaire étroit, il a considéré comme absolument certain qu'il ne s'agissait pas de séquelles de l'événement du 22 septembre 2002. Il a expliqué que si lors de cet accident un traumatisme de la colonne avait eu lieu, des douleurs y relatives seraient apparues immédiatement et vraisemblablement avec une forte intensité. Il a ajouté que l'intervalle libre de douleurs entre septembre 2002 et janvier 2003 parlait clairement contre l'existence d'un lien de causalité naturelle entre les douleurs cervicales et l'accident. Il a conclu tout au plus à l'existence d'un lien de causalité naturelle possible.

18. Par décision sur opposition du 19 mai 2004, la WINTERTHUR a rejeté l'opposition et a retiré l'effet suspensif à un éventuel recours. A l'appui de sa position, elle a soutenu que la force probante du rapport du Dr F_____ était moins importante que celle des rapports des Drs E_____ et G_____ dont les conclusions étaient unanimes. A cet égard, elle a considéré que dans la mesure où le médecin-traitant se bornait à affirmer l'existence d'un lien de causalité en se référant au simple fait que les douleurs n'existaient pas avant l'accident, sans toutefois débattre cette question, cela était insuffisant pour établir l'existence d'un tel lien de causalité.

19. Dans son rapport du 5 août 2004, le Dr F_____ a précisé que, depuis son premier examen du patient en mai 2003, ce dernier s'était toujours plaint d'une cervico-scapulalgie gauche et qu'avec les mois cette douleur s'était centralisée sur l'angle de l'omoplate gauche. Il a expliqué qu'il avait retrouvé de manière constante des zones d'irritation ou de dysfonctions au niveau des 3ème et 4ème cervicales ainsi que sur les 3ème et 4ème dorsales liées au muscle angulaire de l'omoplate qui était respon-

sable des douleurs par le maintien en contraction quasi permanente d'un petit groupe de fibres musculaires, ce qui empêchait son extensibilité et bloquait sa fonction normale. Il a ajouté qu'il considérait comme certain que, lors de l'accident, le patient avait subi une entorse cervicale et que ce type d'entorse s'accompagnait toujours d'une contracture bilatérale des muscles postérieurs de la nuque. Il a terminé en expliquant que le souci du patient, sa situation professionnelle instable, les modifications de sa vie habituelle consécutives à cet accident pouvaient tout à fait provoquer des contractures musculaires du même type.

20. Par acte du 20 août 2004, l'assuré a recouru contre la décision sur opposition devant le Tribunal cantonal des assurances sociales. Il conclut à l'octroi de prestations par l'intimée au-delà du 14 octobre 2003, sous suite de dépens. A l'appui de son recours, il soutient que, lors de l'accident du 22 septembre 2002, il a subi une lésion du muscle angulaire de l'omoplate qui doit être considérée comme une lésion assimilée et, qu' à ce titre, impose à l'assureur de poursuivre l'octroi de ses prestations.

21. L'intimée a transmis son dossier au Dr H_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin-conseil des sinistres Suisse romande de la WINTERTHUR. Dans son rapport du 10 septembre 2004, ce médecin a expliqué que les fractures costales guérissaient spontanément en général au bout de trois mois et que le patient pouvait encore ressentir des douleurs occasionnelles modérées à l'effort pendant six mois, voire une année en cas d'efforts intenses. Quant aux douleurs de la région cervicale postéro-inférieure gauche, il pouvait s'agir, selon le Dr H_____, d'une douleur du thorax lui-même, d'une douleur irradiant d'une articulation adjacente telle que l'épaule ou la nuque ou encore d'une douleur liée à une lésion du muscle lui-même. Au sujet de cette troisième hypothèse, il a précisé que les lésions traumatiques du muscle angulaire de l'omoplate étaient rares, causées en général par contusion directe et guérissaient sans séquelles. Constatant que le patient ne présentait pas de pathologie intrathoracique ou thoracique, il a exclu la première hypothèse. Il a également rejeté la troisième hypothèse après avoir considéré que, lors de l'accident, il n'y avait pas eu de notion de contusion importante de l'épaule gauche avec hématome et que le délai qui avait permis la guérison des fractures costales aurait également été suffisant pour permettre à la déchirure du muscle angulaire de l'omoplate de guérir. En revanche, il a retenu que les douleurs de la région cervicale postéro-inférieure gauche étaient vraisemblablement en relation de causalité naturelle avec la cervicarthrose inférieure basse préexistant à l'événement du 22 septembre 2002.

22. Dans sa réponse du 16 septembre 2004, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle a relevé que la lésion du muscle angulaire de l'omoplate n'était qu'une cause possible des contractures musculaires parmi d'autres et qu'elle n'était pas suffisamment prouvée. De plus, elle a indiqué que la question de la lésion assimilée à un accident ne se posait pas dès lors que l'événement du 22 septembre 2002 satisfaisait à la notion d'accident.

23. Par réplique du 18 octobre 2004, le recourant a confirmé ses conclusions précédentes. En outre, il a mentionné qu'il existait des indices concrets permettant de douter du bien fondé des conclusions des médecins-conseils de l'intimée dès lors que, sauf une exception, aucun médecin n'avait envisagé la présence d'une lésion musculaire et que le seul qui l'avait fait considérait le lien de causalité avec l'accident comme étant possible sans l'avoir examiné au contraire de son médecin-traitant. Enfin, il a estimé que, même si les douleurs invalidantes devaient être rattachées à une cervicarthrose, l'intimée était tenue de continuer à verser ses prestations dès lors que cette affection n'était pas invalidante avant l'accident.

24. Dans sa duplique du 2 novembre 2004, l'intimée a confirmé ses conclusions précédentes. Elle a relevé que le Dr E_____ n'avait pas parlé de problème musculaire parce qu'au moment de son examen, il n'avait pas constaté l'existence d'un tel problème. Par ailleurs, elle a contesté que la simple possibilité d'un rapport de causalité entre l'accident et cette affection puisse constituer un indice susceptible de remettre en cause les avis unanimes de ses médecins-conseils. Enfin, elle a considéré que l'évolution des douleurs, qui étaient cervicales dans un premier temps avant de devenir dorsales, démontrait soit une évolution de type maladif, soit la participation d'autres facteurs tels qu'une constellation psychosociale défavorable, ce qui permettait de nier l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et les douleurs invalidantes.

25. Le 30 mars 2005, le recourant a communiqué au Tribunal de céans qu'il avait subi un traitement sous forme de sept piqûres au niveau des muscles douloureux et qu'il ne ressentait plus aucune douleur. En conséquence, sa demande de poursuite de prestations concernait la période du 14 octobre 2003 au 30 mars 2005.

26. Par courrier du 24 juin 2005, l'intimée a indiqué que la guérison de l'assuré ne lui permettait pas de modifier sa position.

27. Le 27 juin 2005, le Tribunal de céans a communiqué ce courrier au recourant et a gardé l'affaire à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

   Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 5 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales 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) 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.

3. La LPGA est entrée en vigueur le 1er 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, 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références).

   En l'espèce, le présent recours concerne le droit à des prestations dès le 14 octobre 2003, à savoir à une date postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA. En conséquence, sur le plan matériel, cette dernière s'applique au présent litige, étant précisé que les règles de procédure, quant à elles, s'appliquent sans réserve dès le jour de l'entrée en vigueur de la LPGA (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

4. Selon l'art. 60 al. 1 LPGA, le délai de recours est de trente jours. Toutefois, en dérogation à la LPGA, l'art. 106 LAA prévoit un délai de recours de trois mois. Etant donné que la décision sur opposition date du 19 mai 2004, qu'elle a été reçue au plus tôt le 21 mai 2004 et que les délais sont suspendus du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA), le recours a été formé en temps utile dans le délai courant du 22 mai 2004 au 22 septembre 2004. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56 et ss LPGA.

5. Le litige porte sur le point de savoir s'il existe un lien de causalité entre les douleurs de la nuque et de l'épaule gauche dont souffre le recourant et l'accident assuré.

6. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. La responsabilité de l'assureur-accident s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 461 consid. 5a et les références). Les prestations d'assurance sont donc également versées en cas de rechutes ou de séquelles (art. 11 OLAA). Selon la jurisprudence, il y a rechute lorsqu'une atteinte présumée guérie récidive de sorte qu'elle conduit à un traitement médical ou à une (nouvelle) incapacité de travail. En revanche, on parle de séquelles ou de suites tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours

d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent. Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 296 consid. 2c et les références; RAMA 1994 n° U 206 p. 327 consid. 2).

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose, tout d'abord, un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. 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, 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références).

c) 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 125 V 461 consid. 5a et les références). Toutefois, en présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 291 consid. 3a, 117 V 365 en bas consid. 5d bb et les références; FRESARD, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, n. 39).

7. a) En vertu de la maxime d'office, l'administration et le juge doivent veiller d'office à l'établissement exact et complet des faits pertinents. Sont pertinents tous les faits dont l'existence peut influencer d'une manière ou d'une autre le jugement relatif à la prétention. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assu-

rances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994, 220 consid. 4a).

b) 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).

c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permette de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). Les mesures d'instruction ordonnées par l'assureur, à savoir notamment l'examen par un médecin, ne sont pas des expertises au sens strict du terme, à moins que l'assureur n'interpelle l'intéressé sur le libellé des questions ainsi que le choix de l'expert et lui donne l'occasion de se déterminer avant l'exécution de l'acte d'instruction projeté. L'on ne saurait toutefois leur dénier toute valeur probante de ce seul fait. Il faut en effet examiner si le médecin commis par l'assureur s'est penché sur les questions médicales litigieuses et a donné à l'assureur des indications utiles pour décider d'une éventuelle prise en charge (ATA/143/1999). 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 soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de

mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 ss. consid. 3b/ee). En présence du moindre doute relatif à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales, il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire. En outre, une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (cf. RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). 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).

8. En l'espèce, le rapport médical du Dr E_____ sur lequel se base l'intimée n'est pas une expertise à proprement parler puisque le recourant n'a pas eu la possibilité de se prononcer sur le libellé des questions et le choix de l'expert, contrairement à ce que prévoient les art. 42 et 44 LPGA.

   Dans son rapport du 10 novembre 2003, le Dr E_____ diagnostique un traumatisme thoracique droit fermé, des fractures des 4^{e}, 5^{e} et 6^{e} côtes droites et une cervicarthrose (discopathie C5-C6). Il conclut à une préexistence de la discopathie C5-C6 et admet un rapport de causalité possible entre les plaintes au niveau de la colonne cervicale et l'accident. En l'absence de toute lésion traumatique osseuse et de signes d'instabilité vertébrale, il considère que le statu quo sine est largement atteint une année après l'accident, voire au plus tard à la date de l'expertise, en précisant que seul l'état antérieur joue encore un rôle dans les troubles actuels. En conséquence, il a apporté à l'intimée un éclairage quant à la représentation de la causalité naturelle et quant à l'appréciation de la situation médicale qui lui permet de statuer en pleine connaissance de cause sur sa prise en charge. Il y a donc lieu d'examiner si son rapport remplit les conditions générales permettant de lui accorder une valeur probante.

   Le rapport du Dr E_____ se fonde sur un examen clinique complet lors duquel il a constaté l'absence de contractures palpables tant de la musculature paravertébrale cervicale que des deux côtés des trapèzes et a remarqué une mobilité satisfaisante de la colonne cervicale en flexion-extension, mais fortement limitée au cours des rotations. Il prend également en considération les plaintes exprimées par le recourant, à savoir des douleurs permanentes dans la région cervicale gauche et des douleurs thoraciques occasionnelles à droite. Ce rapport a été établi en pleine

connaissance de l'anamnèse et du dossier médical ainsi qu'après avoir obtenu des renseignements complémentaires de la part du Dr F_____. La description de la situation médicale et son appréciation sont claires. Le Dr E_____ s'est exprimé sur l'évolution de l'état de santé depuis le début de l'incapacité de travail ainsi que sur le lien de causalité entre les cervicalgies et l'accident. En outre, il a dûment motivé son point de vue en expliquant qu'en l'absence tant d'une instabilité vertébrale que d'une lésion vertébrale, le statu quo sine était atteint au plus tard une année après l'accident. ll s'ensuit que son rapport médical remplit toutes les conditions jurisprudentielles permettant de lui reconnaître une pleine force probante (cf. ATF 125 V 352 consid. 3a et la référence).

9. Il reste à examiner si le dossier contient des éléments concrets de nature à remettre en cause le bien-fondé des conclusions du Dr E_____.

Le recourant prétend qu'un tel indice existe dès lors que le Dr E_____ n'a pas constaté l'existence de sa lésion du muscle angulaire de l'omoplate gauche diagnostiquée par le Dr F_____ et, de ce fait, n'a pas pris des conclusions en pleine connaissance de cause.

En l'occurrence, dans son rapport du 5 août 2004, le Dr F_____ relève la présence constante de zones d'irritation ou de dysfonctions au niveau des 3ème et 4ème cervicales ainsi que sur les 3ème et 4ème dorsales liées au muscle angulaire de l'omoplate qui est responsable de douleurs. D'après lui, ces dernières sont dues à la contraction quasi permanente d'un petit groupe de fibres musculaires, contraction qui empêche l'extensibilité du muscle angulaire de l'omoplate gauche et bloque sa fonction normale. Il précise également que le souci du patient, sa situation professionnelle instable, les modifications de sa vie habituelle consécutives à cet accident peuvent également provoquer des contractures musculaires du même type.

En définitive, cette appréciation repose plutôt sur des conjectures que sur des constatations médicales objectives, de sorte qu'elle ne saurait suffire pour établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, une relation de causalité naturelle entre les douleurs de la nuque, respectivement de l'épaule gauche, et l'accident du 22 septembre 2002. En effet, l'examen du recourant effectué par le Dr E_____ n'a montré aucune contracture au niveau du trapèze gauche, ce qui contredit l'origine accidentelle des troubles constatés par le Dr F_____. Par ailleurs, avant de rédiger son rapport, le Dr E_____ a demandé des renseignements complémentaires au Dr F_____ qui, à cette époque, n'a nullement fait état d'une lésion du muscle angulaire de l'omoplate gauche. Enfin, le Dr H_____, qui a pris position sur l'hypothèse émise par le Dr F_____, estime comme possible que ces troubles aient été provoqués par l'accident, ce qui est insuffisant au regard de l'exigence de preuve de la vraisemblance prépondérante. Il motive de façon convaincante sa position en expliquant que les lésions traumatiques du muscle angulaire de l'omoplate sont rares, causées en général par contusion directe et guéris-

sent sans séquelles. Il constate que lors de l'accident le recourant n'a pas subi de contusion importante de l'épaule gauche avec hématome, ce qui permet d'exclure cette hypothèse. Les conclusions du Dr H_____ émanent d'un spécialiste et sont par ailleurs corroborées par l'examen du dossier. En effet, le rapport du 2 décembre 2002 établi par la Division des urgences médico-chirurgicales de l'hôpital universitaire de Genève à la suite de l'accident du 22 septembre 2002 ne mentionne aucune contusion à l'épaule gauche, mais fait état d'une simple contusion costale. Contrairement à ce que prétend le recourant, le seul fait que le Dr H_____ ait pris position sans l'avoir examiné n'altère en rien la pertinence de son appréciation dès lors que celle-ci repose sur des rapports de médecins qui eux ont examiné le recourant.

De toute manière, les rapport du Dr F_____ des 6 avril 2004 et 5 août 2004 sont sommaires et émanent du médecin-traitant du recourant. Lors de la pesée des divers avis médicaux, les constatations de ce médecin revêtent moins de poids que l'appréciation faite par un médecin extérieur désigné par l'assurance-accidents, de sorte qu'elles ne permettent pas de mettre en doute les conclusions du Dr E_____.

Pour le seul motif qu'avant l'accident, il ne souffrait pas de tels troubles, le recourant soutient également qu'un rapport de causalité naturelle doit être admis entre ses douleurs de la nuque, respectivement de l'épaule gauche, et l'accident du 22 septembre 2002. On ne saurait souscrire au point de vue du recourant, 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). Selon la jurisprudence, c'est en effet essentiellement à la lumière des renseignements d'ordre médical qu'il convient de trancher la question de la causalité naturelle, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références).

Il n'y a dès lors pas lieu de s'écarter du rapport du Dr E_____ du 10 novembre 2003. Par ailleurs, le dossier est suffisamment instruit au plan médical, si bien que d'autres mesures probatoires s'avèrent superflues.

10. Le recourant soutient encore que la lésion du muscle angulaire de l'omoplate gauche constitue une lésion assimilée au sens de l'art. 6 al. 2 LAA

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. Dans un récent arrêt (ATF 129 V 466), le Tribunal fédéral des assurances a précisé les conditions d'octroi des prestations en cas de lésions corporelles assimilées à un ac-

cident. Il a rappelé qu'à l'exception du caractère «extraordinaire» de la cause extérieure, toutes les autres conditions constitutives de la notion d'accident devaient être réalisées (cf. art. 9 al. 1 OLAA). En particulier, il a déclaré qu'à défaut de l'existence 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 étaient à la charge de l'assurance-maladie. En l'espèce, le recourant considère que l'accident du 22 septembre 2002 a provoqué une lésion du muscle angulaire de l'omoplate gauche qui est restée méconnue durant plusieurs mois. En prétendant que cette lésion a été provoquée par un accident, sa thèse ne concerne, en définitive, nullement la problématique d'une lésion assimilée à un accident comme il le prétend à tort, mais bien celle du lien de causalité entre l'accident et la déchirure du muscle angulaire de l'omoplate gauche, question qui a déjà été examinée.

Dans ces circonstances, l'intimée était fondée à mettre fin à ses prestations dès le 14 octobre 2003, à savoir plus d'une année après l'accident survenu le 22 septembre 2002.

11. Au vu de ce qui précède, le recours s'avère mal fondé.

PAR CES MOTIFS,

LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

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 par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exem-

plaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

Le greffier La Présidente :

Walid BEN HAMER 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