RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

**A/2054/2004** **ATAS/236/2006**

# ORDONNANCE D'EXPERTISE

# DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

**du 15 mars 2006**

## Chambre 3

En la cause

| | |
|---|---|
| Monsieur G_____, domicilié en france, mais comparant avec élection de domicile en l'Etude de Maître Yannis SAKKAS | Recourant |

contre

| | |
|---|---|
| WINTERTHUR ASSURANCES, chemin de Primerose 11, case postale 7753, 1002 LAUSANNE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Jean-Claude SCHWEIZER | Intimée |

---

**Siégeant : Karine STECK, Présidente.**

---

## EN FAIT

1. Le 5 décembre 2000, Monsieur G_____, né en _____ et sous-chef pâtissier à l'hôtel PRESIDENT WILSON, sortait du frigidaire une plaque sur laquelle était déposée de la pâtisserie. En se retournant vers un collègue, il n'a pas vu que la plaque heurtait la porte du frigidaire et, alors qu'il continuait à avancer, son pectoral droit a heurté violemment la plaque. Il a aussitôt ressenti des douleurs à l'épaule droite, mais a continué à travailler (pièces assuré [ci-après : pces A] 2 et 13 p. 5).

2. En raison d'une tuméfaction très douloureuse depuis le 20 février 2001, il a consulté le 21 février 2001 le Dr V_____, spécialiste en médecine générale, qui a constaté un œdème important du grand pectoral droit. Ce médecin a fait procéder le même jour à une échographie du ce muscle qui a montré une rupture partielle très localisée des fibres du grand pectoral au niveau de sa partie externe associée à un hématome et une rétraction partielle des fibres musculaires en amont de cette rupture. Il a prescrit du repos ainsi que de la musculation et a attesté une incapacité de travail de 100% dès le 22 février 2001 mais probablement jusqu'au 10 mars 2001 (pièces WINTERTHUR [ci-après : pces M] 1, A 3 et 4).

3. Le 28 février 2001, l'employeur a annoncé l'accident du 5 décembre 2000 à WINTERTHUR ASSURANCES (ci-après : WINTERTHUR) (A 2).

4. Par la suite, le Dr V_____ a prolongé à plusieurs reprises l'incapacité de travail jusqu'au 10 mars 2001 inclus. Les douleurs étaient régulièrement présentes, mais elles n'empêchaient pas l'activité professionnelle (A 5 et 6, 13 p. 5).

5. Le 19 décembre 2002, en soulevant une charge au travail, l'assuré a ressenti en l'espace d'une heure une nette aggravation des douleurs associées à une impotence fonctionnelle de l'épaule et à l'apparition d'un œdème de la main droite avec cyanose. Il a consulté les hôpitaux du Léman à Thonon-les-Bains dont les médecins ont attesté une nouvelle incapacité de travail à 100% (A 12; M 9 et 13 p. 5).

6. Dans son rapport du 6 février 2003, le Dr M_____, chirurgien du membre supérieur et de la main, a constaté un signe du Chandelier fortement positif avec engourdissements sur le bord ulnaire de la main droite. Il a diagnostiqué un vol sous clavier et un éventuel syndrome interscalénique associé (M 13).

7. Le 16 avril 2003, en raison de douleurs au port de charges, de froideurs des extrémités avec impotence partielle du membre supérieure droit, l'assuré a consulté le Dr C_____, spécialiste en chirurgie vasculaire, qui a constaté une main droite froide et violacée ainsi que des manœuvres du Chandelier et d'Adson

positives de façon bilatérale. Il a indiqué que le patient se plaignait de dysesthésies distales droites dans le territoire cubital et que les radiographies avaient montré l'absence de côte cervicale ou de malformation osseuse évidente. Il a diagnostiqué un syndrome du défilé thoraco-brachial à droite. Il a préconisé un scanner de toute la ceinture scapulaire et, suivant les résultats de ce dernier, une décompression du défilé thoraco-brachial avec résection du scalène antérieur ainsi que de la première côte (A 8).

8. L'arthrographie-IRM pratiquée le 12 mai 2003 a montré des résultats normaux, une bonne visibilité du grand ainsi que du petit pectoral et a confirmé une compression extrinsèque significative de la sous-clavière dans son tiers proximal (A 9).

9. En raison de l'échec de la rééducation musculaire et des résultats du bilan arthrographique montrant à la fois un syndrome du défilé thoraco-brachial et des séquelles tendineuses, le Dr C_____ a pratiqué, le 16 juin 2003, une scalénotomie antérieure droite et une résection du petit pectoral droit (A 7, 8 et 9).

10. Après une amélioration transitoire durant trois semaines, l'œdème de la main droite ainsi que la cyanose ont réapparu et les douleurs de l'épaule droite ont augmenté. Cette récidive de la symptomatologie a justifié, le 9 septembre 2003, une résection partielle de la première côte droite par ce même spécialiste qui a également pratiqué une résection progressive d'une fibrose et une exérèse de la bande fibro-cartilagineuse (A 7 et 8, 13 p. 5).

11. WINTERTHUR a mis en œuvre une expertise. A cet effet, elle a mandaté le Dr DAROUSSOS, chirurgien orthopédique. Lors de son examen du 28 octobre 2003, l'expert a mis en évidence une discrète hypotrophie deltoïdienne droite, une douleur diffuse à la palpation en zone pectorale s'étendant vers l'aisselle et jusqu'au bord externe de l'omoplate, une limitation douloureuse de l'épaule droite surtout en antepulsion (130°) et en abduction (90°), la présence d'une cyanose discrète à modérée symétrique aux mains et une froideur de ces deux extrémités. Il a également constaté la positivité du côté gauche des tests de Adson et de Allen. Dans son rapport du 28 octobre 2003, l'expert a diagnostiqué un status deux ans et dix mois après contusion de l'épaule droite avec déchirure partielle du versant externe du muscle grand pectoral, un syndrome inter-scalénique bilatéral (thoracicoulet syndrome), un status quatre mois après scalénectomie antérieure et résection du petit pectoral droit, un status un mois après résection de la première côte droite. Il a précisé que, du côté droit, le patient présentait une sténose de l'artère sous-clavière, dans sa partie proximale entre la clavicule et la première côte. Il a estimé que l'événement du 5 décembre 2000 avait provoqué un syndrome douloureux sans troubles du type œdème ou cyanose, ce qui lui permettait d'envisager à l'origine de ce phénomène une décompensation vasculaire distale

graduelle près de la lésion du grand pectoral. Il a expliqué qu'une décompensation vasculaire distale graduelle près de la lésion du grand pectoral ne pouvait pas être retenue car les divers examens avaient montré une compression proximale en région sous-clavière. Il a également rejeté une origine traumatique due à l'hématome du grand pectoral car les examens effectués en 2003 n'avaient pas mis en évidence une telle compression supplémentaire de l'axe vasculaire. En définitive, il a considéré que le syndrome du défilé thoracique était une pathologie sous-jacente qui semblait avoir été révélée par l'événement du 5 décembre 2002 (recte 2000). Il a conclu qu'une relation de causalité entre cet événement et les troubles constatés était tout au plus possible, voire exclue (A 13 p. 4).

12. Dans son rapport du 24 novembre 2003, le Dr C_____ a indiqué que deux mois après la deuxième intervention, il n'existait plus d'œdème, que la coloration de l'extrémité était normale et que le syndrome douloureux avait disparu (A 7).

13. Le 3 novembre 2003, WINTERTHUR a communiqué à l'assuré les conclusions de l'expert et a précisé que la seule possibilité d'un rapport de causalité n'était pas suffisante pour fonder un droit aux prestations de l'assurance-accidents obligatoire. En conséquence, elle a refusé toute prestation pour la rechute du 19 décembre 2002 (A 15).

14. Dans son rapport médical du 17 décembre 2003 à l'attention de l'avocat du recourant, le Dr C_____ a estimé qu'au vu des lésions présentées par le patient, une relation de causalité entre l'accident du 5 décembre 2000 et les troubles constatés lors de sa consultation du 16 avril 2003 et lors de l'IRM du 12 mai 2003 paraissait certaine. Il a expliqué que, sur l'IRM, il existait des modifications anatomiques secondaires au traumatisme sans rapport avec un syndrome classique du défilé thoraco-brachial. Enfin, il a ajouté que la lésion musculo-tendineuse traumatique pectorale d'origine certaine présentée par le patient était à l'origine de l'aggravation d'un syndrome ancien du défilé thoraco-brachial (M 19).

15. Le 22 décembre 2003, le recourant s'est plaint auprès de WINTERTHUR d'un manque patent d'objectivité du Dr D_____ lors de l'examen du 28 octobre 2003. Il a rappelé qu'il avait fait part à WINTERTHUR du comportement de l'expert le lendemain de l'expertise, soit le 29 octobre 2003, et que l'inspecteur de sinistres lui avait déclaré que ce n'était pas la première fois qu'il entendait des choses pareilles. Il a estimé que, dans ces conditions, il convenait d'annuler l'expertise et de mandater un nouvel expert en milieu universitaire. Enfin, il a demandé à WINTERTHUR de revoir sa décision sur la base du rapport du Dr C_____ du 7 décembre 2003 joint à son courrier (A 16).

16. WINTERTHUR a soumis le cas à son médecin-conseil, le Dr W_____, chirurgien-orthopédiste. Dans son rapport du 1er mars 2004, au vu des résultats de l'arthrographie-IRM du 12 mai 2003, ce spécialiste a confirmé la guérison sans séquelles de la déchirure du grand pectoral. Il a ajouté qu'il ne voyait pas de relation de causalité entre une lésion musculaire guérie sans séquelles et une décompression tendineuse et osseuse de deux structures qui n'avaient pas été lésées par l'événement accidentel. Il a confirmé que l'existence d'un lien de causalité n'était que possible sur le plan de la causalité "LAA suisse".

17. Par décision du 9 mars 2004, WINTERTHUR a considéré que le rapport d'expertise remplissait les conditions nécessaires pour lui reconnaître une valeur probante et que les éventuelles remarques subjectives de l'expert ne modifiaient en rien l'appréciation finale de celui-ci. En définitive, elle a maintenu sa position (A 17).

18. Le 8 avril 2004, l'assuré a formé opposition contre cette décision. Il a réitéré ses remarques quant à l'objectivité de l'expert et a soutenu que le comportement de ce dernier avait faussé le résultat de l'expertise en tant qu'il avait refusé de tenir compte objectivement de son état. Il a contesté l'absence de lien de causalité. Il a joint à son opposition une attestation datée du 30 mars 2004 émanant de Monsieur B_____ qui l'avait accompagné chez l'expert et qui confirmait le comportement impropre de l'expert (A 14 et 18).

19. SWICA, assurance contre la perte de gain en cas de maladie, a mis en œuvre une expertise qu'elle a confiée au Dr H_____, cardiologue. Le 23 avril 2004, l'expert a examiné l'assuré qui se plaignait de la persistance d'une mobilisation réduite de l'épaule droite, d'une réapparition des douleurs lors de la charge de son bras droit ainsi que d'une importante cyanose et d'oedèmes de la main droite. Dans son rapport d'expertise du 28 avril 2004, le Dr H_____ a indiqué qu'une échographie effectuée le 14 avril 2004 avait permis de diagnostiquer une thrombose art_____. Il a considéré que cette notion de thrombose veineuse devrait remettre en cause l'accident comme étiologie de la symptomatologie qui était apparue bien avant la première intervention chirurgicale sur le défilé costal. Enfin, il a relevé que les troubles circulatoires artério-veineux avaient été quasiment ignorés lors de l'expertise pour le compte de l'assurance-accidents de sorte que la relation entre l'accident du 5 décembre 2000 et la symptomatologie responsable de l'incapacité actuelle de travail méritait d'être réintroduite ou revue (A 10).

20. Le 26 avril 2004, WINTERTHUR a demandé au Dr DAROUSSOS de prendre position sur les reproches formulés par l'assuré. Dans son complément d'expertise du même jour, le Dr D_____ a notamment contesté avoir prétendu que l'assuré était un simulateur ou un profiteur et qu'il ne s'agissait que d'une interprétation du patient. Pour le surplus, il a considéré que le rapport du

Dr C_____ du 17 décembre 2003 ne contenait aucun argument anatomo-pathologique probant établissant une relation entre l'événement du 5 décembre 2000 et le diagnostic de vol sous-clavier. Il a rappelé que l'IRM du 12 mai 2003 avait prouvé la guérison sans séquelles de la déchirure du grand pectoral et a précisé que la compression extrinsèque de l'artère sous-clavière n'avait aucune relation avec la déchirure du grand pectoral (M 20).

21. WINTERTHUR a également soumis le cas à un de ses médecins-conseil, le Dr HP_____, chirurgien. Dans son rapport du 29 avril 2004, ce spécialiste a expliqué qu'un syndrome du défilé thoracique pouvait en tout temps provoquer une situation clinique semblable à celle présentée par l'assuré et ceci même sans l'effet d'une puissance extérieure. En conséquence, il a admis qu'un lien de causalité entre la symptomatologie du syndrome du défilé thoracique et l'accident était tout au plus possible, mais qu'il était plus vraisemblable que la symptomatologie était imputable à la situation pré-traumatique. Il a confirmé les conclusions de l'expert ainsi que du Dr W_____R et a admis que le statu quo sine était atteint environ six mois après l'accident.

22. Dans sa décision sur opposition du 2 juillet 2004, WINTERTHUR a rejeté l'opposition. Elle a considéré que l'expert et ses deux médecins-conseil étaient unanimes à admettre que la lésion accidentelle avait guéri complètement de sorte qu'il n'existait pas de lien de causalité entre l'accident et les troubles de la santé apparus le 19 décembre 2002. Elle a admis que le rapport d'expertise avait pleine valeur probante et que l'expert n'était pas prévenu dès lors que son rapport démontrait une analyse objective, rigoureuse et sérieuse (A 19).

23. Le 25 août 2004, l'assuré a consulté l'Unité d'investigations ambulatoires de la Policlinique de médecine des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) afin, notamment, d'obtenir un deuxième avis médical concernant le lien de causalité entre l'accident du 5 décembre 2000 et le diagnostic de syndrome du défilé thoracique. Lors de leur examen, le Dr E_____ et le Prof. S_____ ont constaté une main droite froide et cyanosée, une disparition du pouls radial à gauche lors de la manœuvre d'Adson, une mobilisation douloureuse du rachis cervical lors de la rotation à droite, une limitation de la mobilisation de l'épaule droite en abduction-élévation. Dans leur rapport du 29 septembre 2004, les Drs E_____ et DE_____ ainsi que le Prof. S_____ ont posé les diagnostics de syndrome du défilé thoracique droit, de syndrome post-thrombotique probable du membre supérieur droit sur status post-thrombose de la veine sous-clavière droite, de status post traumatisme par choc direct sur la face antérieure de l'épaule droite compliqué par une rupture partielle du muscle grand pectoral droit avec hématome, de status post opération du syndrome du défilé thoracique droit à deux reprises. Ils ont indiqué que le syndrome du défilé thoracique bilatéral existait

probablement déjà avant l'accident du 5 décembre 2000 mais était asymptomatique. Ils ont ajouté que cet accident avait vraisemblablement provoqué des troubles statiques importants (clavicule avec contact étroit de la première côte à droite) et qu'il était possible que ces modifications statiques aient engendré une compression plus marquée des voies de conduction. Ils ont expliqué que, selon la littérature, il était fréquent qu'un syndrome du défilé thoracique soit associé à un traumatisme. Ils ont considéré que les symptômes décrits par l'assuré étaient certainement d'origine multifactorielle (syndrome du défilé thoracique bilatéral préexistant décompensé par un traumatisme sur le côté droit et compliqué par une thrombose veineuse sous-clavière droite avec probable syndrome post-thrombotique; A 12).

24. Par acte du 4 octobre 2004, l'assuré a recouru contre la décision sur opposition du 2 juillet 2004 auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales. Il conclut à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise et à la prise en charge par l'intimée des conséquences liées au sinistre du 5 décembre 2000, sous suite de frais et dépens. A l'appui de ses conclusions, il invoque une violation de l'interdiction de l'arbitraire en tant que l'intimée s'est basée sur une expertise partiale et dénuée de toute objectivité. Par ailleurs, il explique qu'un lien de causalité naturelle est admis par pas moins de six médecins, à savoir les Drs DT_____, C_____, H_____, S_____, DE_____ et E_____ dont les rapports ont pleine valeur probante, raison pour laquelle il y a lieu de préférer leur avis, celui de l'expert n'étant qu'isolé.

25. L'intimée a demandé Dr K_____, chirurgien orthopédique ainsi que de la main et médecin-conseil, de prendre position sur les nouveaux rapports médicaux produits par le recourant. Dans son rapport du 22 octobre 2004, le Dr K_____ a indiqué que dans sa thèse le Dr H_____ n'expliquait pas l'apparition retardée de la symptomatologie, alors que le Prof. S_____ ne retenait pas clairement un lien de causalité probable entre la thrombose préexistante d'origine multifactorielle et l'événement accidentel. Il a conclu à l'existence possible d'un lien de causalité naturelle entre la thrombose veineuse sous-clavière droite et l'accident du 5 décembre 2000 eu égard à la bilatéralité du syndrome du défilé thoracique et à l'apparition tardive du syndrome post-thrombotique.

26. Dans sa réponse du 24 novembre 2004, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle a considéré que le niveau de civilité d'un expert n'était pas un critère pour apprécier la justesse de ses conclusions qui, au demeurant, remplissaient les conditions permettant de leur reconnaître une pleine valeur probante. Elle a relevé que, parmi tous les médecins interrogés, seul le Dr C_____ admettait un rapport de causalité prépondérant entre l'accident et les troubles de santé actuels du recourant. Enfin, elle a produit le rapport du Dr K_____.

27. Dans sa réplique du 7 janvier 2005, le recourant a maintenu ses conclusions. Par ailleurs, il a expliqué qu'il s'était adjoint les services de Monsieur B_____ pour l'accompagner lors de l'expertise et ainsi garantir son droit d'être entendu. Il a contesté que le Dr H_____ et les médecins des HUG n'aient pas admis un lien de causalité entre l'accident et le syndrome présenté.

28. Dans sa duplique du 16 février 2005, l'intimée a maintenu ses conclusions. Elle a rappelé que les déclarations du Dr C_____ devaient être examinées avec retenue dès lors qu'il était le médecin-traitant du recourant.

29. Dans son écriture du 14 mars 2005, le recourant a expliqué qu'il s'était fait accompagner par Monsieur B_____, car il n'avait que ce moyen pour pouvoir attester d'un éventuel incident survenant lors de l'expertise. Il a estimé que l'apparence de la prévention de l'expert était établie. Il a également considéré que la constance de l'avis du Dr C_____ sur l'existence d'un lien de causalité et sa certitude à ce sujet ne permettaient pas de retenir une inclinaison à abonder dans son sens.

30. Par courrier du 23 mars 2005, l'intimée a relevé qu'un troisième échange d'écriture n'était pas prévu par la loi de procédure administrative et que les dernières observations du recourant devaient être retirées du dossier. Au surplus, il a demandé qu'un délai lui soit fixé pour déposer des observations.

31. Le 25 avril 2005, le recourant a produit un rapport du Prof. S_____ daté du 21 avril 2005 précisant qu'il était très probable que l'accident soit la cause prépondérante de la symptomatologie étant donné qu'environ 50% des cas symptomatiques de défilé thoracique survenaient suite à un traumatisme et que seul 1% apparaissait sans cause déclenchante.

32. Le 9 juin 2005, l'intimée a produit un complément d'expertise du Dr D_____ daté du 3 juin 2005 détaillant l'étude médicale sur laquelle se basait le Dr S_____ pour motiver sa position. Il a expliqué que cette étude évoquait un certain nombre de mécanismes pouvant engendrer ou précipiter le syndrome du défilé thoracique, à savoir des contractures secondaires avec fibrose de la musculature scalène survenant après un traumatisme local, des traumatismes des parties molles de la nuque, des anomalies congénitales de la musculature sous forme de bandes fibreuses. Dans le cas du recourant, l'expert a nié qu'il y ait eu un traumatisme résultant d'une action vulnérante significative. Par ailleurs, il a considéré que la théorie d'une modification statique de la musculature des scalènes paraissait excessive, voire improbable, car une telle modification statique n'aurait pu être que peu significative et, si elle avait été présente, elle aurait disparu après la résection du muscle scalène antérieur. Il a estimé que l'événement de décembre

2000 avait révélé un problème anatomique préexistant, à savoir un contact étroit de la clavicule avec la première côte qui était à l'origine de la compression extrinsèque de la sous-clavière. Il a enfin relevé que l'origine de la thrombose veineuse sous-clavière était inexpliquée et qu'elle n'avait pas été diagnostiquée lors de l'écho-Doppler effectué en été 2003, mais bien après la deuxième intervention chirurgicale. Il a considéré comme très probable que ladite thrombose soit en relation avec le défaut anatomique costo-claviculaire et a confirmé ses conclusions initiales.

33. Le 15 juin 2005, le recourant a produit un courrier du 8 juin 2005 émanant d'un expertisé du Dr D_____ et faisant état d'un traitement sans ménagement et suspicieux ainsi que d'un comportement très peu objectif par cet expert.

34. Le 16 août 2005, sans avoir été invité à se prononcer, le recourant a rédigé une écriture dans laquelle il a estimé que le choc subi le 5 décembre 2000 résultait d'une action vulnérante significative. De plus, il a produit une nouvelle pièce datée du 25 juin 2005 établissant que, dans le cas de l'autre expertisé du Dr D_____, l'intimée aurait accepté de mettre en œuvre une nouvelle expertise.

35. Le 19 août 2005, le Tribunal de céans a accordé à l'intimée un délai pour faire part de ses observations.

36. Par écriture du 26 août 2005, l'intimée a relevé que, dans l'autre cas cité par le recourant, elle n'avait nullement mis en cause la qualité scientifique du rapport d'expertise du Dr D_____, mais exceptionnellement et pour des motifs d'opportunité, elle avait accepté d'envisager une nouvelle expertise.

37. Le 13 février 2006, le Tribunal de céans a informé les parties de son intention de confier un mandat d'expertise à la policlinique médicale universitaire à Lausanne. En outre, il leur a fixé un délai au 24 février 2006 pour communiquer leurs éventuelles questions complémentaires.

38. Seule l'intimée a utilisé ce délai en demandant, par courrier du 24 février 2006, une formulation différentes des questions 5, 6, 7 et 9.

39. Le 1er mars 2006, le Tribunal de céans a communiqué cette écriture au recourant.

## 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 LPGA 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 19 décembre 2002, à savoir à une date antérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA. En conséquence, sur le plan matériel, le présent cas reste régi par la législation en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002. Quant aux règles de procédure, elles sont applicables, sauf dispositions transitoires contraires, à tous les cas en cours dès l'entrée en vigueur de la LPGA (ATF 131 V 314 consid. 3.3, 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. Étant donné que la décision sur opposition date du vendredi 2 juillet 2004, qu'elle a été reçue au plus tôt le lundi 5 juillet 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 le 14 août 2004 dans le délai courant du 6 juillet 2004 au 8 novembre 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 la symptomatologie du syndrome du défilé thoracique dont souffre le recourant et l'accident assuré du 5 décembre 2000.

6. 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 assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994, 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il paraît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4). Lorsque le juge considère que les faits ne sont pas suffisamment élucidés, il peut renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction ou procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (RAMA 1993 p. 136).

7. a) 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 352 consid. 3a).

   b) 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). 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. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Une expertise présentée par une partie n'a pas la même valeur que des expertises mises en oeuvre par un tribunal ou par l'administration conformément aux règles de procédure applicables. En vertu des principes énoncés par la jurisprudence concernant l'appréciation des preuves, le juge est toutefois tenu d'examiner si elle est propre à mettre en doute, sur les points litigieux importants, l'opinion ou les conclusions de l'expert mandaté par le tribunal ou par l'administration (ATF 125 V 351 consid. 3c). 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. Dans son rapport d'expertise du 28 octobre 2003, le Dr D_____ a diagnostiqué un status après contusion de l'épaule droite avec déchirure partielle du versant externe du muscle grand pectoral, un syndrome inter-scalénique bilatéral (thoracic oulet syndrome), un status après scalénectomie antérieure et résection du petit pectoral droit, un status après résection de la première côte droite. Au sujet du lien de causalité entre le syndrome du défilé thoracique et l'accident du 5 décembre 2000, il a estimé qu'il était tout au plus possible, voire exclu. Avant de prendre cette conclusion, l'expert a envisagé diverses hypothèses (éléments pathologiques exerçant une compression, facteurs traumatiques) expliquant l'apparition de la symptomatologie relative au syndrome du défilé thoracique et a discuté l'avis contraire du Dr C_____ en précisant que la présence de zones d'ombre permettait aussi d'aboutir à des arguments contraires. Il a rejeté une origine traumatique pour le motif que, s'il s'était agi d'une décompensation vasculaire

graduelle consécutive à l'accident du 5 décembre 2000, elle aurait été localisée près de la lésion du grand pectoral, alors que les divers examens avaient montré une compression à une autre localisation, soit en région sous-clavière. Il a également écarté une telle origine en envisageant l'hypothèse d'une compression de l'axe vasculaire provoquée par l'hématome du grand pectoral, car les examens réalisés début 2003 n'avaient pas permis de confirmer une telle hypothèse. Enfin, il a relevé que le traumatisme avait concerné le grand pectoral dans sa portion distale, alors que l'intervention du 16 juin 2003 avait consisté en une résection du petit pectoral, soit une autre localisation.

En définitive, le rapport d'expertise du Dr D_____ du 28 octobre 2003 se fonde sur des examens cliniques complets et prend en considération les plaintes exprimées par le recourant. Il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse et du dossier médical. La description de la situation médicale et son appréciation sont claires. L'expert 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 l'accident et la symptomatologie du syndrome du défilé thoracique, enfin il a dûment motivé son point de vue. Il s'ensuit que le rapport d'expertise remplit toutes les conditions jurisprudentielles permettant de lui reconnaître une pleine force probante.

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

Le rapport des médecins des HUG du 29 septembre 2004 conclut à une origine multifactorielle des troubles du recourant provoqués tant par un syndrome du défilé thoracique bilatéral préexistant sous forme asymptomatique et décompensé par un traumatisme du côté droit que par une thrombose veineuse sous-clavière droite avec probable syndrome post-thrombotique. En outre, les médecins considèrent seulement comme possible que les troubles statiques importants provoqués par l'accident du 5 décembre 2000 aient engendré une compression plus marquée des voies de conduction. Par ailleurs, ils évoquent également la simple possibilité d'un processus fibrotique qui serait dû au traumatisme et aux interventions chirurgicales. Enfin, ils précisent qu'il est relativement fréquent qu'un syndrome du défilé thoracique soit associé à un traumatisme.

Dans son rapport complémentaire du 21 avril 2005, le Prof. S_____ indique que, même s'il ne peut pas exclure une prédisposition sous-jacente du recourant à l'apparition sans cause déclenchante de la symptomatologie de défilé thoracique, il estime comme très probable que l'accident soit la cause prépondérante de la symptomatologie, car, selon la littérature, 50% des cas symptomatiques de défilés thoraciques surviennent suite à un traumatisme et seulement 1% apparaît sans cause déclenchante.

En mentionnant que dans 50% des cas, la symptomatologie du défilé thoracique se manifeste à la suite d'un traumatisme, le rapport du Prof. S_____ jette un doute sur le bien-fondé des conclusions du Dr D_____. Étant donné qu'il n'explique pas pourquoi les médecins des HUG ont modifié leur appréciation entre le 29 septembre 2004 et le 21 avril 2005, il n'est pas possible de statuer sur la base des seules constatations et conclusions des médecins des HUG.

10. En conséquence, au vu de la jurisprudence susmentionnée, il y a lieu d'ordonner une instruction complémentaire sous la forme d'une expertise médicale pluridisciplinaire (orthopédie, neurologie et angiologie) qui sera confiée à la policlinique médicale universitaire à Lausanne.

***

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

**Statuant préparatoirement**

1. Ordonne une contre-expertise pluridisciplinaire (orthopédie, neurologie et angiologie) par les experts de la policlinique médicale universitaire à Lausanne, centre d'expertises médicales, lesquels auront pour mission d'examiner et d'entendre Monsieur G_____, après s'être entourés de tous les éléments utiles et après avoir pris connaissance du dossier de WINTERTHUR ainsi que du dossier de la présente procédure;

2. Charge les experts de répondre aux questions suivantes :

    1. Anamnèse
    2. Plaintes
    3. Constatations objectives
    4. Diagnostic(s)
    5. L'accident du 5 décembre 2000 a-t-il provoqué des troubles statiques importants, de manière certaine, vraisemblable ou seulement possible ? Si oui, lesquels ?
    6. Le traumatisme du 5 décembre 2000 a-t-il déclenché la symptomatologie du défilé thoracique de manière certaine, vraisemblable ou seulement possible ?
    7. Si oui, le statu quo sine est-il vraisemblablement atteint et depuis quand ?
    8. Quelle est la cause la plus vraisemblable du déclenchement de la symptomatologie du défilé thoracique chez Monsieur G_____ ?
    9. Les troubles dont souffre actuellement le patient sont-ils une séquelle tardive de l'accident du 5 décembre 2000 de manière certaine, vraisemblable ou seulement possible ?
    7. Toute remarque utile et proposition de l'expert

3. Commet à ces fins la policlinique médicale universitaire à Lausanne.

4. Invite les experts à déposer leur rapport en deux exemplaires au greffe du Tribunal de céans d'ici au **15 juin 2006**.

5. Réserve le fond.

7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 10 jours dès sa notification par plis recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. 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 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).

| La greffière | La Présidente |
|---|---|
| Janine BOFFI | Karine STECK |

Le secrétaire-juriste : Philippe LE GRAND ROY

Une copie conforme de la présente ordonnance est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le