RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2054/2004 **ATAS/1128/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 3

du 7 décembre 2006

En la cause

Monsieur G_____, domicilié , France, représenté par Maître Yannis SAKKAS	recourant

contre

WINTERTHUR ASSURANCES, sise chemin de Primerose 11, LAUSANNE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Jean-Claude SCHWEIZER	intimée

Siégeant : Karine STECK, Présidente, Isabelle DUBOIS et Doris WANGELER, Juges

EN FAIT

1. Monsieur G_____, né en 1965, ressortissant français au bénéfice d'un permis de séjour, a travaillé à partir du 25 mai 2000 pour l'hôtel X_____, en tant que sous-chef pâtissier. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non-professionnels auprès de WINTERTHUR ASSURANCES (ci-après : WINTERTHUR; pièces assuré [ci-après : A] 2).

2. Le 5 décembre 2000, alors qu'il sortait un plateau de pâtisserie de la chambre froide, la plaque a heurté la porte du frigidaire et, par mouvement de rebond, a frappé violemment l'intéressé au niveau du pectoral droit. Il a aussitôt ressenti des douleurs à l'épaule droite, mais a continué à travailler (A 2 et 13 p. 5).

3. En raison d'une tuméfaction très douloureuse depuis le 20 février 2001, il a consulté, le 21 février 2001, le Dr A_____, spécialiste en médecine générale, qui a constaté un œdème important du grand pectoral droit. Une échographie pratiquée le même jour a montré, d'une part, une rupture partielle très localisée des fibres du grand pectoral au niveau de sa partie externe associée à un hématome et, d'autre part, une rétraction partielle des fibres musculaires en amont de cette rupture. Le médecin a attesté une incapacité de travail de 100% dès le 22 février 2001 et probablement jusqu'au 10 mars 2001 (pièces intimée [ci-après : M] 1, A 3 et 4).

4. Le 28 février 2001, l'employeur a annoncé l'accident à WINTERTHUR (A 2).

5. Par la suite, le Dr A_____ a prolongé à plusieurs reprises l'incapacité de travail jusqu'au 10 mars 2001 inclus. Dès cette date, l'assuré a repris le travail, malgré la persistance de douleurs qui n'empêchaient toutefois pas l'activité professionnelle (A 5, 6 et 13 p. 5).

6. Le 19 décembre 2002, en soulevant une charge au travail, l'assuré a ressenti une nette aggravation des douleurs, associées à une impotence fonctionnelle de l'épaule droite et à l'apparition d'un œdème à la main droite avec cyanose. Il s'est rendu aux "établissement hospitalier"à Thonon-les-Bains où les médecins ont attesté une nouvelle incapacité de travail à 100% (A 12, M 9 et 13 p. 5).

7. Dans son rapport du 6 février 2003, le Dr B_____, 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).

8. Le 16 avril 2003, l'assuré a consulté le Dr C_____, spécialiste en chirurgie vasculaire, qui, dans son rapport du 24 novembre 2003, 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 droi-

tes 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 (A 7).

9. L'arthrographie-IRM pratiquée le 12 mai 2003 a confirmé l'existence d'une compression extrinsèque significative de la sous-clavière dans son tiers proximal (A 9).

10. Le 16 juin 2003, l'assuré a subi une scalénectomie antérieure droite et une résection du petit pectoral droit (A 8).

11. 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. En conséquence, le 9 septembre 2003, l'assuré a subi une résection partielle de la première côte droite et une résection progressive d'une fibrose ainsi qu'une exérèse de la bande fibro-cartilagineuse (A 8 et 13 p. 5).

12. WINTERTHUR a mis en œuvre une expertise qu'elle a confiée au Dr D_____, chirurgien orthopédique. Lors de son examen du 28 octobre 2003, l'expert a constaté 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. 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 (thoracic outlet 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 en raison d'une décompensation vasculaire distale graduelle près de la lésion du grand pectoral. 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).

13. 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. Il a expliqué que l'indication de libération chirurgicale du défilé thoraco-brachial était posée le plus souvent en cas de syndrome de compression neurologique avec symptomatologie située dans le territoire cubital, en cas de compression vasculaire par compression veineuse avec œdème, voire en cas d'épisode de thrombophlébite ou ischémie chronique par compression artérielle (A 7).

14. 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).

15. Dans son rapport médical du 17 décembre 2003 établi sur demande 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 précisé que l'IRM montrait des modifications anatomiques secondaires au traumatisme sans rapport avec un syndrome classique du défilé thoraco-brachial. Enfin, il a précisé que la lésion musculo-tendineuse pectorale présentée par le patient était d'origine traumatique certaine et avait provoqué l'aggravation d'un ancien syndrome du défilé thoraco-brachial (M 19).

16. 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 estimé qu'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 des rapports du Dr C_____ du 7 décembre 2003 joint à son courrier (A 16).

17. WINTERTHUR a soumis le cas à son médecin-conseil, le Dr WIDMER, chirurgien-orthopédiste. Dans son rapport du 1er mars 2004, ce spécialiste a confirmé la guérison sans séquelles de la déchirure du grand pectoral, au vu des résultats de l'arthrographie-IRM du 12 mai 2003. 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.

18. 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 refusé toute prestation (A 17).

19. 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 contesté l'absence de lien de causalité (A 14 et 18).

20. SWICA, assurance contre la perte de gain en cas de maladie, a mis en œuvre une expertise qu'elle a confiée au Dr E_____, 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 rap-

port d'expertise du 28 avril 2004, le Dr E_____ a indiqué qu'une échographie effectuée le 14 avril 2004 avait permis de diagnostiquer une thrombose artérielle ou micro-embolie d'un spasme artériel et qu'un diagnostic de thrombose veineuse sous-clavière aurait été posé, le 22 avril 2004, par le Dr C_____. 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).

21. Le 26 avril 2004, WINTERTHUR a demandé au Dr D_____ de prendre position sur les reproches formulés par l'assuré. Dans son complément d'expertise du même jour, le Dr D_____ a contesté avoir prétendu que l'assuré était un simulateur ou un profiteur. 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).

22. WINTERTHUR a également soumis le cas à l'un de ses médecins-conseil, le Dr F_____, 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 G_____ et a admis que le statu quo sine était atteint environ six mois après l'accident.

23. 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 considérer 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).

24. Le 25 août 2004, l'assuré a consulté l'unité d'investigations ambulatoires de la policlinique de médecine des (ci-après : "établissement hospitalier") 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 H_____ et le Prof. I_____ 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 H_____ et J_____ ainsi que le Prof. I_____ 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 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).

25. Par acte du 4 octobre 2004, l'assuré a interjeté recours 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 six médecins 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.

26. L'intimée a demandé au 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 la thèse du Dr E_____ n'expliquait pas l'apparition retardée de la symptomatologie, alors que le Prof. I_____ 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.

27. Dans sa réponse du 24 novembre 2004, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle a considéré que les conclusions de l'expert 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_____.

28. Dans sa réplique du 7 janvier 2005, le recourant a réitéré ses conclusions. Il a contesté que le Dr E_____ et les médecins des "établissement hospitalier" n'aient pas admis un lien de causalité entre l'accident et le syndrome présenté.

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

30. Dans un courrier daté du 14 mars 2005, le recourant a estimé que l'apparence de 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.

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

32. Le 25 avril 2005, le recourant a produit un rapport du Prof. I_____ 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 surviennent suite à un traumatisme et que seul 1% apparaissent sans cause déclenchante.

33. 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 I_____ pour motiver sa position. Il a exposé 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. Enfin, il a considéré comme très probable que ladite thrombose soit en relation avec le défaut anatomique costo-claviculaire et a confirmé ses conclusions initiales.

34. Le 15 juin 2005, le recourant a produit un courrier du 8 juin 2005 émanant d'un expertisé du Dr D_____ se plaignant du comportement très peu objectif de cet expert.

35. Le 16 août 2005, sans avoir été invité à se prononcer, le recourant a une fois de plus adressé au tribunal un courrier dans lequel il allègue le choc subi le 5 décembre 2000 résulte d'une action vulnérante significative.

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

37. Par écriture du 26 août 2005, l'intimée a relevé que, dans le cas cité par le recourant, elle acceptait, exceptionnellement et pour des motifs d'opportunité, la mise en œuvre d'une nouvelle expertise.

38. 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 (ci-après : PMU). En outre, il leur a imparti un délai pour communiquer leurs éventuelles questions complémentaires.

39. Seule l'intimée a utilisé ce délai en demandant, par courrier du 24 février 2006, une formulation différentes de certaines questions.

40. Par ordonnance du 15 mars 2006, le tribunal a mis en œuvre une contre-expertise pluridisciplinaire qu'il a confiée aux médecins de la PMU.

41. Le 17 mai 2006, l'assuré a été examiné par le Dr M_____, rhumatologue, puis, le 30 mai 2006, par le Prof. L_____, angiologue, enfin, le 2 juin 2006, par le Dr N_____, neurologue. Dans leur rapport d'expertise du 29 août 2006, les experts de la PMU ont diagnostiqué, d'une part avec influence essentielle sur la capacité de travail, un état après syndrome de traversée thoraco-brachiale bilatérale, une décompensation symptomatique post-traumatique du côté droit actuellement en rémission (G54.0X-001), et d'autre part sans influence essentielle sur la capacité de travail, une gêne fonctionnelle à la face antérieure de l'épaule droite dans la région pectorale (R09.8), un status après accident du 5 décembre 2000 consistant en contusion de l'épaule droite, déchirure localisée des fibres du grand pectoral à sa partie externe, hématome et rétraction partielle des fibres musculaires en amont de la déchirure (Z91.6), un status post-thrombose de la veine sous-clavière droite avec syndrome post-thrombotique et troubles vasospastiques du membre supérieur droit (Z86.7), un status post-scalénectomie antérieure droite et résection du muscle petit pectoral droit en 2003 (Z98.8), un status post-résection de la première côté droite et exérèse d'une bande fibro-cartilagineuse en 2003 (Z98.8), un status post-chirurgie de cure de hernie discale lombaire L4-L5 en 1989 (Z98.8), enfin, un status post-méniscectomie bilatérale en 1985 et 1994 (Z98.8). Ils ont estimé que l'accident pouvait avoir provoqué de manière vraisemblable des troubles de la statique thora-

co-brachiale. En outre, ils ont considéré comme possible que le traumatisme du 5 décembre 2000 ait déclenché la symptomatologie du défilé thoracique. Ils ont précisé que le statu quo sine avait été vraisemblablement atteint à la fin de l'année 2003, soit environ trois à six mois après les interventions de juin et septembre 2003. Ils ont indiqué que deux causes principales pouvaient être évoquées pour expliquer la symptomatologie du défilé thoracique, à savoir, d'une part, les troubles statiques scapulo-thoraciques droits vraisemblablement en rapport avec la contusion de l'épaule et la déchirure pectorale, d'autre part, la malformation du canal costo-claviculaire, soit une anomalie qui serait constitutionnelle et donc préexistante à l'accident. Ils ont expliqué que l'origine du syndrome post-thrombotique du membre supérieur droit n'était pas univoque, mais liée à la conformation constitutionnelle de la pince costo-claviculaire et aux manifestations neuro-vasculaires du syndrome du défilé thoraco-brachial apparues après l'accident. Enfin, ils ont exposé que les seuls symptômes qui étaient actuellement présents consistaient en un discret œdème de la main droite, avec une légère tendance à la cyanose et un gradient thermique en défaveur du côté droit, qui constituait soit une séquelle possible de l'accident, soit des troubles vaso-spastiques résiduels dus possiblement à l'état post-opératoire.

42. Le 8 septembre 2006, le Tribunal a communiqué ce rapport d'expertise aux parties et leur a imparti un délai pour faire part de leurs observations.

43. Dans son écriture du 26 septembre 2006, l'intimée a relevé, d'une part, que les experts considéraient que la position du Dr D_____ réfutant l'origine traumatique de la symptomatologie était impossible à tenir, alors que l'affirmation inverse ne pouvait pas être démontrée, et d'autre part, que la littérature médicale invoquait un traumatisme à l'origine de la symptomatologie du défilé thoracique dans 30 à 50% des cas. Elle en a déduit que les experts concluaient, en définitive, que le traumatisme du 5 décembre 2000 n'avait déclenché la symptomatologie du défilé thoracique que de manière possible. En conséquence, elle a soutenu qu'en l'absence de vraisemblance prépondérante, il ne saurait être question d'admettre l'existence d'une relation de causalité naturelle entre l'accident du 5 décembre 2000 et la rechute annoncée en décembre 2002.

44. Dans sa détermination du 29 septembre 2006, le recourant a souligné que, tant le Prof. L_____, que les Drs N_____, O_____ et M_____ admettaient l'existence d'un lien de causalité prépondérant entre l'accident du 5 décembre 2000 et les symptômes présentés. Il a précisé qu'il revendiquait la prise en charge par l'intimée de l'intégralité de ses frais médicaux et opératoires ainsi que de l'atteinte à l'intégrité subie à tout le moins jusqu'à l'atteinte du statu quo sine. Il a confirmé ses conclusions précédentes.

45. Le 2 octobre 2006, le Tribunal a communiqué ces écritures aux parties et a gardé la cause à juger.

EN DROIT

1. La recevabilité du recours ainsi que la compétence du Tribunal de céans ont déjà été admises par ordonnance rendue en la présente cause le 15 mars 2006.

2. 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.

3. 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. 326 ss).

   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.

   c) 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). Plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, et plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères, sous réserve des cas de lésions structurelles claires (RAMA 1997 n° U 275 p. 191 consid. 1c; arrêt V. du 20 février 2006, consid. 1, U 249/05).

d) 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).

4. a) Selon l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. Ce droit au traitement médical cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1, 2ème phrase, LAA). Un traitement doit être pris en charge lorsqu'il est propre à entraîner une amélioration de l'état de santé ou à éviter une péjoration de cet état. Il n'est pas nécessaire qu'il soit de nature à rétablir ou à augmenter la capacité de gain (FRESARD, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, ch. 61 p. 29; ATFA non publié du 18 juillet 2005, U 188/04 consid. 5.1).

b) Conformément à l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à cette indemnité naît le troisième jour qui suit l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2). Il s'éteint également si l'incapacité de travail subsiste, mais qu'elle n'est plus en relation de causalité avec une atteinte à la santé d'origine accidentelle (ATFA non publié du 8 octobre 2004, U 193/03, consid. 3).

c) En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. 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 lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine) (RAMA 1992 n° U 142 p. 75, consid. 4b; FRÉSARD, op. cit., ch. 141). 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.

5. 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 351 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, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

   c) En outre, le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. (ATF 125 V 351; ATFA du 29 octobre 2003, I 321/03, consid. 3.1). Toutefois, 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).

6. Dans son consilium du 30 mai 2006, le Prof. L_____ a noté que le patient se plaignait d'un oedème du membre supérieur droit, localisé principalement au niveau de la main et du poignet droits, avec légère tendance à la cyanose et gradient ther-

mique en défaveur de la droite. Il a précisé qu'il s'agissait très vraisemblablement d'un trouble vasospastique dans le cadre d'une dystrophie sympathique réflexe frustre suite au traumatisme de l'épaule droite, avec éventuelle insuffisance lymphatique secondaire très modérée. Il a indiqué qu'il n'y avait pas de manifestation clinique d'une insuffisance artérielle et pas de phénomène de compression symptomatologique. Il a estimé que, sur la base de l'anamnèse antérieure aux interventions chirurgicales de 2003, il était probable que le traumatisme ait engendré un syndrome thoraco-brachial droit.

Dans son consilium du 2 juin 2006, le Dr N_____ a relevé que le patient se plaignait de la persistance de douleurs au niveau de l'épaule droite, présentes essentiellement lors de la sollicitation de l'épaule et de l'élévation du bras, l'obligeant à faire des pauses toutes les quinze à trente minutes en raison d'une sensation de lourdeur et de brûlure au niveau de l'épaule. Il a ajouté que les troubles sensitifs, l'œdème et la cyanose présents préalablement au niveau de la main avaient disparu et que, malgré l'amélioration subjective et objective, l'assuré n'avait pas pu reprendre son activité de pâtissier. Il a exposé que les examens clinique et électrophysiologique ne révélaient aucune anomalie significative en faveur d'un syndrome du défilé thoracique. Il a considéré que le patient présentait préalablement à l'accident un syndrome du défilé costo-claviculaire asymptomatique qui s'était décompensé à droite en raison d'une très probable rupture partielle des fibres du grand pectoral associée à un hématome de petite taille et à une rétraction partielle des fibres musculaires en amont de la rupture. Il a expliqué que l'évolution favorable dans un premier temps s'expliquait vraisemblablement par une guérison au moins partielle des lésions précitées, puis que l'aggravation à partir de 2002 était vraisemblablement liée à une thrombose de la veine sous-clavière induite par une compression du paquet vasculo-nerveux séquellaire à l'hématome et à la rupture partielle des fibres du grand pectoral. Il a conclu à l'existence d'une causalité probable (plus de 50%) entre les troubles présentés par l'assuré et l'événement accidentel du 5 décembre 2000.

En définitive, dans leur rapport consensuel du 29 août 2006, les experts de la PMU ont diagnostiqué, avec influence essentielle sur la capacité de travail, un état après syndrome de traversée thoraco-brachiale bilatérale avec décompensation symptomatique post-traumatique du côté droit actuellement en rémission (G54.0X-001) et, sans influence essentielle sur la capacité de travail, une gêne fonctionnelle à la face antérieure de l'épaule droite dans la région pectorale (R09.8). Ils ont exposé que, d'après les diverses publications médicales, le déclenchement de la symptomatologie du défilé thoracique était imputable à un traumatisme dans 30 à 50% des cas suivant les études, de sorte qu'il n'était pas possible de trancher cette question de manière absolue. Ils ont noté que l'origine traumatique citée par la littérature concernait un accident conséquent responsable de fractures osseuses (clavicule, 1ère côte, scapulo-humérale) ou de luxation. Ils ont admis qu'il était possible que le traumatisme du 5 décembre 2000 ait déclenché la symptomatologie du défilé thoracique. En revanche, ils ont considéré comme très vraisemblable que la pathologie

du syndrome de la traversée thoraco-brachiale préexistait à l'événement survenu en 2000 dès lors que, même s'il n'existait aucun élément pathologique au niveau scapulo-thoracique avant l'accident du 5 décembre 2000, toute personne subissant un traumatisme comparable à celui dont l'assuré avait été victime ne développait vraisemblablement pas ce type de symptômes, ni un syndrome post-thrombotique des vaisseaux sous-claviers. En outre, ils ont expliqué que, lors la déchirure partielle du muscle grand pectoral, les lésions des fibres musculaires associées à un hématome même de petite taille et à une rétraction partielle des fibres musculaires en amont de la rupture avaient provoqué de manière vraisemblable des modifications de la statique thoraco-brachiale par des phénomènes de bouleversement des interactions du fonctionnement des chaînes musculaires ainsi que de déstabilisation des rapports anatomiques. Ils ont ajouté que ces modifications avaient été entretenues par le maintien de l'activité professionnelle impliquant l'usage du membre supérieur droit. En conséquence, ils ont conclu que les causes principales du déclenchement de la symptomatologie du défilé thoracique étaient chez l'assuré des troubles statiques scapulo-thoraciques droits et une malformation du canal costo-claviculaire. Ils ont estimé que la contusion de l'épaule et la déchirure pectorale étaient en rapport de causalité vraisemblable avec les troubles statiques scapulo-thoraciques droits qui avaient provoqué une altération de la mobilité de l'ensemble anatomique ainsi que des perturbations des chaînes musculaires. En outre, ils ont relevé que la malformation du canal costo-claviculaire était constitutionnelle et donc préexistante à l'accident. Quant au syndrome post-thrombotique, ils ont jugé qu'il était impossible de déterminer un rapport de causalité avec le syndrome de la traversée thoraco-brachiale, respectivement avec l'état post-opératoire. Ils ont signalé une autre hypothèse causale plausible, à savoir une dysrégulation du tonus sympathique suite au traumatisme de l'épaule droite qui aurait entraîné la thrombose sous-clavière secondaire et la persistance séquellaire d'un syndrome post-thrombotique après les deux interventions de 2003. Enfin, ils ont fixé l'atteinte du statu quo sine à la fin de l'année 2003.

En définitive, il ressort de ce qui précède que les experts considèrent que le syndrome du défilé thoracique était préexistant au traumatisme du 5 décembre 2000 et que ce dernier n'a pas directement déclenché la symptomatologie dudit défilé thoracique car il n'était pas typique d'un traumatisme susceptible de déclencher cette symptomatologie. Pour raison, ils ne retiennent qu'un rapport de causalité possible entre le traumatisme et le syndrome du défilé thoracique. En revanche, ils concèdent que ledit accident a provoqué une déchirure partielle du muscle grand pectoral, respectivement des lésions des fibres musculaires, qui, associées à un hématome et à une rétraction partielle des fibres musculaires en amont de la rupture, ont généré des modifications de la statique thoraco-brachiale. Dans ce sens, ils concluent que la symptomatologie du défilé thoracique a été déclenchée par les troubles statiques scapulo-thoraciques droits, vraisemblablement en rapport de causalité avec la contusion de l'épaule et la déchirure pectorale provoquées par ledit accident, asso-

ciés à une malformation préexistante du canal costo-claviculaire. En définitive, ils admettent que le syndrome du défilé thoracique était préexistant à l'accident du 5 décembre 2000 et que son aggravation est en rapport de causalité naturelle avec les troubles de la statique scapulo-thoraciques droits générés par ledit accident.

En l'espèce, tous les critères permettant de conférer une pleine valeur probante au rapport de contre-expertise des médecins de la PMU sont réunis. En effet, les conclusions des experts reposent sur un examen clinique approfondi ainsi que sur les plaintes du recourant et elles ont été établies en pleine connaissance de l'anamnèse. De plus, les experts ont procédé à une étude fouillée de l'ensemble des pièces médicales au dossier ainsi qu'à une étude de la littérature médicale relative à l'origine traumatique du syndrome du défilé thoracique. Par ailleurs, la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires. Enfin, les conclusions des experts sont dûment motivées puisqu'ils développent pourquoi ils retiennent, d'une part, que la symptomatologie dudit syndrome n'a pas été déclenchée par le traumatisme du 5 décembre 2000, et d'autre part, que les deux causes principales du déclenchement de ladite symptomatologie sont les troubles statiques en rapport de causalité avec l'accident ainsi que la malformation constitutionnelle du canal costo-claviculaire. Enfin, ils reviennent sur la thèse du Dr D_____ et expliquent pourquoi, ils ne peuvent pas la suivre.

Si, comme le fait remarquer l'intimée, il est bien vrai que les experts considèrent que le traumatisme du 5 décembre 2000 n'a déclenché la symptomatologie du défilé thoracique que de manière possible, en revanche, ils estiment que ladite symptomatologie a été provoquée par les troubles statiques scapulo-thoraciques associés à une malformation préexistante du canal costo-claviculaire et précisent que, pour leur part, ces troubles statiques sont en rapport de causalité naturelle avec l'accident incriminé. Ce faisant, ils s'en sont tenus à leur rôle d'experts qui consiste à apprécier la causalité d'un point de vue strictement médical. Il appartient en définitive au juge de tirer les conséquences des considérations de l'expert en ce qui concerne la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATFA non publié du 3 mars 2004, U 4/03, consid. 4.1).

Or, contrairement à ce que soutient l'intimée, en admettant l'existence d'un rapport de causalité vraisemblable entre les troubles statiques et l'accident ainsi qu'entre les troubles statiques et la symptomatologie du défilé thoracique, lesdits experts ont donné tous les renseignements nécessaires au tribunal pour retenir une relation de causalité naturelle vraisemblable entre le traumatisme du 5 décembre 2000 et la symptomatologie du défilé thoracique, respectivement que cette symptomatologie est une séquelle tardive de l'accident. En effet, selon la doctrine, les rechutes et les séquelles tardives sont des effets correspondant au résultat d'une réaction en cascade dont elles constituent le dernier élément juridiquement déterminant (SCARTAZZINI, les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale, thèse Genève 1991, p. 43). En revanche, lesdits experts ont nié l'existence d'un lien

de causalité naturelle entre le syndrome post-thrombotique et le syndrome de la traversée thoraco-brachiale, de sorte que celui-là ne constitue pas une séquelle tardive de l'accident.

En définitive, les conclusions des experts concordent avec celles des médecins des "établissement hospitalier" qui ont estimé, d'une part, que le syndrome du défilé thoracique bilatéral préexistait probablement à l'accident du 5 décembre 2000, mais était resté asymptomatique, et d'autre part, qu'il était très probable que l'accident, qui avait vraisemblablement provoqué des troubles statiques importants, soit la cause prépondérante de la symptomatologie du défilé thoracique. De plus, elles rejoignent également celles du Dr C_____ qui, d'une part, a considéré comme certaine la relation de causalité entre l'accident du 5 décembre 2000 et les troubles constatés lors de sa consultation, et d'autre part, a conclu que la lésion musculo-tendineuse traumatique pectorale était à l'origine de l'aggravation d'un syndrome ancien du défilé thoraco-brachial.

Quant au lien de causalité adéquate, il n'est pas contestable puisqu'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, op. cit., ch. 39). Enfin, la malformation préexistante du canal costo-claviculaire à l'origine du syndrome du défilé-thoracique ne réduit en rien la responsabilité de l'intimée puisqu'elle doit prendre le cas en charge aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, soit, à dire d'experts, jusqu'au 31 décembre 2003.

Étant donné que l'intimée répond des séquelles tardives de l'accident assuré, elle doit être condamnée à prendre en charge l'aggravation du syndrome du défilé thoraco-brachial droit, y compris les opérations de 2003, jusqu'au 31 décembre 2003. En revanche, elle ne répond pas du syndrome post-thrombotique.

7. Au vu de ce qui précède, le recours est admis et le dossier renvoyé à l'intimée pour calcul des prestations dues. Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de 2’500 fr. lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

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. L'admet et annule les décisions de WINTERTHUR des 9 mars 2004 et 2 juillet 2004.

3. Renvoie la cause à l'intimée pour calcul des prestations dues.

4. Condamne l'intimée à verser à au recourant une indemnité de 2'500 fr. à titre de dépens.

5. 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 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 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).

La greffière | La Présidente :

Janine BOFFI | Karine STECK

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