

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1606/2007

ATAS/627/2008

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 1

du 27 mai 2008

En la cause

Monsieur C_____, domicilié à Ville-la-Grand, France,
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître POGGIA
Mauro

recourant

contre

WINTERTHUR ASSURANCES, Direction générale, Assurances
collectives personnes, sise chemin de Primerose 11, 1002
LAUSANNE, comparant avec élection de domicile en l'étude de
Maître SCHWEIZER Jean-Claude

intimée

**Siégeant : Doris WANGELER, Présidente; Violaine LANDRY ORSAT et Norbert
HECK, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur C_____, travaillait en qualité de mandataire commercial auprès de la banque X_____ (SUISSE) SA. A ce titre il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels conformément à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA) à la WINTERTHUR.
2. L'assuré a été victime d'une chute de son scooter le 1^{er} novembre 2000, à la suite duquel il a souffert notamment d'une rupture traumatique de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite.
3. Mandaté par la WINTERTHUR, le Dr L_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a notamment établi un rapport d'expertise le 6 octobre 2004, duquel il ressort que le statu quo sine était atteint au 31 août 2002.
4. Par décision du 7 février 2005, la WINTERTHUR a informé l'assuré qu'elle mettait fin à ses prestations au 31 août 2002.
5. L'assuré, représenté par Maître Mauro POGGIA, a formé opposition le 10 mars 2005.
6. Par courrier du 15 juin 2005, la WINTERTHUR a informé le mandataire de l'assuré de ce qu'elle avait décidé de mettre en œuvre une expertise multidisciplinaire qu'elle souhaitait confier au Dr M_____, spécialiste FMH en médecine interne, responsable du Centre d'expertise médicale de la policlinique médicale universitaire de Lausanne (PMU).
7. Le 30 juin 2005, le mandataire a approuvé le principe de l'expertise, précisant toutefois qu'il était impératif que les experts concernés soient totalement indépendants des Drs L_____ ou N_____, ainsi qu'à l'égard du Centre multidisciplinaire de la douleur de Genolier.
8. Estimant que toute la procédure prenait trop de temps, l'assuré s'est parallèlement adressé au Prof. O_____ du service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG). Ce médecin a rendu son rapport le 1^{er} février 2006. Il a confirmé que l'assuré souffrait de séquelles post-traumatiques et post-chirurgicales d'une rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, que la situation paraissait se stabiliser sous la forme d'une épaule gelée chronique, douloureuse, entraînant une incapacité totale de travailler, même dans une situation de type administratif sans travaux lourds. Le simple fait de rester assis durant quelques heures ou d'utiliser son bras gauche réveillait des douleurs à droite. Il considère qu'il conviendrait de s'orienter vers une incapacité de travail au long cours.

9. Les Drs M_____, spécialiste FMH en médecine interne, P_____ spécialiste FMH en rhumatologie et Q_____ spécialiste FMH en psychiatrie ont réalisé leur expertise le 19 septembre 2006. Ces médecins ont retenu, à titre de diagnostics ayant une influence essentielle sur la capacité de travail, une épaule droite bloquée, capsulite rétractile séquellaire avec douleur scapulo-humérale persistante et un trouble de l'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressive dans le cadre d'une situation de santé et socio-économique inquiétante, et à titre de diagnostics sans influence sur la capacité de travail, un status après accident sur la voie publique survenu le 1^{er} novembre 2000 : à l'épaule droite, contusion osseuse du trochitaire associée à une probable déchirure distale du tendon sous-épineux et sub-luxation interne du long chef du biceps par désinsertion du tendon sous-scapulaire, un status après arthroscopie de l'épaule droite puis arthrotomie par voie d'abord antéro-supérieure pour ténodèse du long chef du biceps dans sa coulisse et future réinsertion du tendon sus-épineux et sous-scapulaire le 2 juin 2001, des douleurs du genou gauche intermittentes sur probable déchirure de la corne postérieure du ménisque interne du genou droit accompagné d'un petit kyste arthrosynovial péronéo-tibial proximal, un status après contusion radio-carpienne du côté gauche avec perforation du TFCC (fibrocartilage triangulaire du carpe) suite à une chute le 22 juin 2003 et un status après cure chirurgicale d'une hernie inguinale droite en 1995.

Selon les experts, la relation de causalité naturelle entre l'accident du 1^{er} novembre 2000 et les troubles persistants actuels est probable, basée sur la présence des critères d'une lésion corporelle liée à l'accident, soit :

- sur le plan anamnestique : l'existence d'un événement traumatique clairement défini, l'absence d'anamnèse de problème d'épaule antérieur et une corrélation temporelle adéquate,
- sur le plan clinique : une perte de substance de la coiffe des rotateurs de localisation antérieure prédominante visualisée à l'examen d'imagerie par résonance magnétique avec de plus la notion d'une contusion osseuse du trochin et à l'arthro-IRM une rupture transfixiante du sus-épineux sans évocation d'une atrophie musculaire de la coiffe des rotateurs.

L'action vulnérante peut être considérée comme appropriée dans le cadre d'une chute de scooter à une vitesse relativement élevée (environ 50 km/heure) pouvant raisonnablement entraîner un traumatisme cinétique sévère de l'épaule droite.

La mobilité articulaire de l'épaule droite est limitée, ce qui entraîne une répercussion fonctionnelle dans l'usage du membre supérieur droit.

L'incohérence soulevée par le Dr N_____ entre les indications d'impotence fonctionnelle totale et l'absence amyotrophie du membre supérieur droit est contredite par le Dr N_____, lui-même, qui affirme que l'image

scintigraphique osseuse d'hypoactivité relative de fixation de l'épaule droite est en rapport avec un défaut d'usage du membre supérieur droit.

Dès lors les constatations objectives cliniques apporteraient la preuve contraire à la scintigraphie osseuse. La position concernant l'absence des séquelles fonctionnelles au niveau de l'épaule droite suite à l'accident du 1^{er} novembre 2000, devient difficilement fondée.

A la question de savoir si des maladies ou des accidents antérieurs ou intercurrents jouent aussi un rôle, les experts ont répondu que le recueil exhaustif des éléments anamnestique ne retrouve aucun élément médical ni traumatique précédant l'accident du 1^{er} novembre 2000. L'influence d'éventuelles lésions dégénératives préalables des tendons de la coiffe des rotateurs ne peut par ailleurs pas être considérée comme significative et ne peut en tout état de cause être prouvée.

Ils ont indiqué que l'implication d'état étranger à l'accident n'étant pas significative, les considérations concernant le statu quo ante et sine ne se posent guère.

Ils ont estimé que la capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée était de l'ordre de 50% en tenant compte de l'ensemble des facteurs y compris la diminution de rendement. L'activité adaptée est supposée ne pas devoir solliciter l'usage préhensif itératif du membre supérieur droit.

Il est difficile d'envisager une autre activité que celle de mandataire commercial qui pourrait être plus adaptée. En effet du fait de l'atteinte à la santé, il est opportun que l'assuré exerce une activité qualifiée dans le sens d'éviter les travaux lourds, les efforts sollicitant le membre supérieur droit et les travaux manuels répétitifs.

Les médecins ont précisé que l'apparition de phénomènes d'adaptation et d'accoutumance pourrait permettre au long cours d'atténuer quelque peu la symptomatologie douloureuse du membre supérieur droit, sans toutefois de garantie absolue quant à une possibilité d'amélioration de la capacité de travail.

Ils ont signalé que sur le plan thérapeutique les propositions formulées par le Dr R_____, cautionnées par le Prof. O_____, ont été appliquées en ce qui concerne les infiltrations articulaires de l'épaule droite, sans obtenir le résultat escompté ; dès lors, les possibilités thérapeutiques médicales d'amélioration de la situation s'amenuisent.

Le maintien de la capacité de travail résiduelle nécessitera la poursuite de la médication antalgique ainsi que de la physiothérapie associée à l'ergothérapie. Enfin le pronostic de la capacité de travail est réservé du fait de la chronicisation des symptômes douloureux et des limitations fonctionnelles, malgré les traitements médicaux et chirurgicaux appliqués.

Les médecins ont encore indiqué que les troubles dont l'assuré se plaint ayant une origine principalement somatique, la proportion liée aux troubles psychiques doit être considérée comme faible, de l'ordre de 20%. Les troubles psychiques sont apparus après une période de latence de plusieurs années, probablement liés à la dégradation de la situation socio-économique de l'expertisé. Le diagnostic de trouble de l'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressive dans le cadre d'une situation de santé sociale inquiétante, doit être classé dans les troubles psychogènes en réaction à des facteurs de stress sévères et répétés. Bien que le caractère de l'assuré a été modifié suite à l'accident, l'évaluation psychiatrique n'objective pas de troubles de la pensée, ni de troubles de la personnalité définie nosologiquement. La symptomatologie anxieuse et dépressive développée est attribuée au manque de progrès de son état de santé et aux conséquences sur sa situation socio-économique. La survenue des troubles psychogène est attribuable à la persistance des problèmes de santé et plus encore aux préoccupations liées aux conséquences de son affection sur sa situation socio-économique. Aucun facteur étranger à l'accident n'a joué un rôle dans la genèse ou dans la persistance des troubles psychiques. L'incapacité de travail en fonction de ce trouble psychique est négligeable et est inférieure à 20%. Si l'on se réfère au seul trouble psychique, aucune limitation supplémentaire significative n'intervient dans la capacité de travail.

10. Le 13 novembre 2006, l'assuré a transmis à la WINTERTHUR le rapport du Prof. O_____.
11. Le 7 décembre 2006, la WINTERTHUR a adressé à l'assuré un "droit d'être entendu". Il y est indiqué qu'à partir du 1^{er} janvier 2007 une rente d'invalidité lui sera octroyée sur la base d'un taux d'invalidité de 50%, ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 40%.
12. Par courrier du 22 décembre 2006 l'assuré a contesté ce taux de 50%.
13. Par décision du 29 janvier 2007, confirmée sur opposition le 19 mars 2007, la WINTERTHUR a confirmé l'octroi d'une rente de 50%.

Elle relève que l'assuré a mandaté les HUG comme expert privé, qu'elle-même n'a été invitée ni à se prononcer ni à produire son dossier. Le rapport des HUG n'a dès lors pas de valeur probante. Celui de la PMU en revanche se fonde sur un examen clinique complet, prend en considération les plaintes de l'assuré, a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse du dossier médical et du dossier radiologique ainsi que de l'expertise des HUG. La description de la situation médicale et son appréciation sont claires, ses conclusions sont cohérentes et convaincantes, de sorte que son rapport médical remplit toutes les conditions jurisprudentielles permettant de lui reconnaître une pleine force probante. Elle constate que les médecins des HUG concluent à une incapacité de travail totale, sans pour autant motiver leur appréciation. Elle relève qu'en revanche, les médecins de la PMU ont également

pris en considération les conclusions du rapport des HUG, et considéré que l'assuré pouvait exercer son activité de mandataire commercial, laquelle correspondait à une activité adaptée à son atteinte à la santé, pour autant que le rythme et les conditions de travail soient ajustés à ses limitations, ce à 50%.

14. L'assuré, par l'intermédiaire de son mandataire, a interjeté recours le 19 avril 2007 contre la décision sur opposition. Il rappelle que selon le Prof. O_____ et le Dr R_____, il présente une incapacité totale de travailler, "même dans une situation de type administratif sans travaux lourds". Il relève à cet égard que les médecins de la PMU retiennent certes une capacité de travail de 50%, mais uniquement dans une activité respectant un certain nombre de limitations, dont les efforts sollicitant le membre supérieur droit et les travaux manuels répétitifs. L'assuré ne voit dès lors pas dans ces conditions "comment il lui serait possible de travailler de sa main gauche, sans compter les douleurs constantes qu'il ressent au niveau de son épaule droite, avec pour conséquence une atteinte à ses capacités de concentration".
15. Dans sa réponse du 12 juin 2007, la WINTERTHUR, représentée par Maître Jean-Claude SCHWEIZER, a conclu au rejet du recours. Elle rappelle la jurisprudence relative à la valeur probante des expertises médicales, constate que les droits de l'assuré ont été parfaitement respectés lorsque les médecins de la PMU ont été mandatés pour expertise, que tel n'a pas été le cas de l'expertise du Prof. O_____ mise en œuvre par l'assuré, puisqu'elle n'a pas été mise au courant de la démarche entreprise par l'assuré, qu'elle n'a reçu une copie du rapport que bien après qu'il ait été rédigé, qu'elle se demande à cet égard si l'assuré aurait produit les conclusions du Prof. O_____ si les experts avaient considéré que l'invalidité était totale et définitive. La WINTERTHUR considère ainsi que seule l'expertise des médecins de la PMU a acquis une pleine valeur probante.

Elle rappelle enfin que l'assuré travaillait comme aide-comptable, puis comme responsable du service des frais généraux avec rang de mandataire commercial au service d'une banque. Aussi, malgré la perte partielle de l'usage d'un bras, et moyennant quelques aménagements, est-il parfaitement possible que l'assuré soit capable d'effectuer tous les travaux de bureau.

16. Le Tribunal de céans a ordonné l'audition du Dr M_____ et du Prof. O_____, ainsi que la comparution personnelle des parties, pour le 18 septembre 2007.

Le Dr M_____ a indiqué que pour fixer le taux de capacité résiduelle à 50%, il a pris en compte les capacités intellectuelles de l'assuré. Il a à cet égard déclaré que "le cas d'un travailleur manuel, sans formation particulière est différent. Je confirme ce taux de 50% dans son activité antérieure pour autant que celle-ci soit adaptée aux limitations que j'ai décrites. Je précise encore que la baisse de

rendement liée à la prise de médicaments est comprise dans le taux de 50%. J'ai le sentiment qu'en concluant à une incapacité totale de travail, le Prof. O_____ a ignoré la possibilité d'une activité adaptée en se focalisant sur la profession antérieure. Je considère d'une façon générale qu'une activité de type administratif est toujours modulable et qu'il est plus facile pour quelqu'un qui a la formation de l'assuré de s'adapter. (...). Les douleurs dont se plaint l'assuré correspondent à ce qui peut être constaté objectivement, il y a concordance entre les plaintes et la médication. Si un assuré droitier perdait complètement l'usage de son bras droit, cette situation n'impliquerait pas automatiquement la perte de toute capacité de travail résiduelle s'il occupait un poste de fondé de pouvoir. Il faut également tenir compte de la faculté d'adaptation de chaque personne à la douleur".

Le Prof. O_____ a déclaré que les limitations décrites par le Dr M_____ lui paraissaient correctes, tout en ajoutant qu'"une concentration soutenue me paraît difficilement compatible avec les douleurs dont l'assuré souffre. La médication prescrite peut également impliquer des problèmes de concentration. Je ne vois pas quel type de travail l'assuré pourrait exercer. Un travail nécessitant une position immobile ou des mouvements répétitifs serait difficilement compatible avec son état de santé. Je dois dire que si l'on n'avait à faire qu'à un handicap mécanique, il serait plus facile d'imaginer un travail adapté. Cela n'est pas possible si l'on tient compte des douleurs chroniques, constantes, dont il souffre. Il faut savoir qu'une épaule gelée cause des douleurs importantes longtemps. Les douleurs sont également présentes la nuit et empêchent le patient de se reposer correctement. Tout ceci fait que j'ai évalué son incapacité de travail à 100%".

17. A l'issue de la comparution personnelle des parties, le Tribunal de céans a ordonné l'apport du dossier AI. Il en ressort que par décision du 10 juin 2005, l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après l'OCAI) a rejeté la demande de prestation de l'assuré. Il s'est expressément fondé sur l'expertise du Dr L_____ réalisée le 6 octobre 2004, laquelle tient également compte des atteintes ostéo-articulaires sans relation avec l'accident du 1^{er} novembre 2000, soit à la hanche gauche, au genou droit et au poignet gauche, et a constaté que les autres atteintes à la santé somatiques étaient soit guéries (poignet gauche) soit non "incapacitantes", car peu importantes et sans limitation fonctionnelle dans une activité de comptable telle qu'exercée auparavant. L'OCAI a également pris en considération le fait que selon l'expertise du Dr S_____ datée du 6 mai 2003, l'assuré ne souffre pas d'atteinte à la santé psychique.

L'assuré a formé opposition à ladite décision le 30 juin 2005. Par courrier du 6 juin 2006, l'OFFICE AI du canton de Fribourg a informé l'assuré qu'il restait dans l'attente du rapport d'expertise ordonné par la WINTERTHUR auprès de la PMU ainsi que de la prise de position de la WINTERTHUR, avant de rendre sa décision sur opposition.

Dans un prononcé du 26 novembre 2007, l'OCAI a admis l'opposition, reconnaissant à l'assuré un degré d'invalidité de 50% depuis le 1^{er} novembre 2001, sur la base de l'expertise du 19 septembre 2006.

Par décision sur opposition du 16 avril 2008, l'OFFICE AI pour les assurés à l'étranger a en conséquence fixé le montant de la demi-rente d'invalidité due à l'assuré, elle-même assortie de rentes complémentaires pour épouse et enfants.

18. Les parties ont été informées le 15 novembre 2007 que le dossier de l'OCAI était à leur disposition pour consultation au greffe du Tribunal. Un délai leur a été imparti au 14 décembre 2007 pour détermination.
19. Le 14 décembre 2007, l'assuré a constaté que la différence d'appréciation entre le Prof. O_____ et le Dr M_____ relevait d'une différence de philosophie. Le premier donnant son appréciation sur la base des connaissances réelles des douleurs de l'assuré et des tâches disponibles sur le marché, le second semblant partir de l'idée que seule la mort empêche définitivement toute activité professionnelle. Il considère qu'il appartiendrait à la WINTERTHUR d'indiquer de manière concrète quelles sont les activités qu'il pourrait réaliser, auprès de quel type d'employeur et pour quel salaire. Il reproche également à la WINTERTHUR de n'avoir pas examiné préalablement quel serait le salaire qu'il pourrait réaliser même théoriquement pour une activité adaptée à 50%.
20. Par courrier du 11 janvier 2008, la WINTERTHUR a rappelé que l'OCAI avait reconnu le droit de l'assuré à des prestations d'invalidité fondé sur un taux d'incapacité de travail de 50%, alors qu'il avait dans un premier temps rejeté la demande de l'assuré.
21. Le 30 janvier 2008, la WINTERTHUR a souhaité ajouter que "lors de la dernière audience, l'assuré a expliqué au Tribunal qu'il avait été nommé mandataire commercial le 1^{er} janvier 2001 et que si l'accident avait empêché la concrétisation de cette nomination, il n'en restait pas moins vrai qu'il occupait un poste de niveau fondé de pouvoir et aspirait à plus encore dans la banque qui l'employait. L'assuré a bien expliqué que sa "fonction était normalement de niveau fondé de pouvoir, titre que j'aurais obtenu par la suite". La WINTERTHUR en conclut que contrairement à ce qui figure dans ses écritures du 14 décembre 2007, l'assuré est tout sauf le "manuel" qu'il prétend aujourd'hui être.
22. Ce courrier a été transmis à l'assuré et la cause gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 5 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie

générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA).

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

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant des modifications législatives notamment dans le droit de l'assurance-invalidité. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités). Le présent litige, qui concerne le droit éventuel à des prestations suite à un accident survenu en novembre 2000, doit être examiné à la lumière des anciennes dispositions pour la période s'étendant jusqu'au 31 décembre 2002 et, le cas échéant, au regard des nouvelles dispositions de la LAA et de la LPGA pour la période postérieure (ATF 130 V 332 consid. 2.2 et 2.3).
3. En ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, la LPGA et son ordonnance d'application s'appliquent sans réserve dès le jour de leur entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

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.

Interjeté en temps utile et selon la forme prescrite, le recours est recevable.

4. Le litige porte sur le taux de la rente d'invalidité à laquelle peut prétendre l'assuré.
5. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 18 al. 1 LAA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).
6. Le Tribunal fédéral des assurances a posé le principe que l'uniformité de la notion d'invalidité, qui doit conduire à fixer pour une même atteinte à la santé un même taux d'invalidité, règle la coordination de l'évaluation de l'invalidité en droit des

assurances sociales (ATF 126 V 288 = VSI 2001 p. 82 ss. consid. 2d, 3 et 4). Dans ces trois domaines, elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé assurée, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entre en ligne de compte pour l'assuré. La définition de l'invalidité est désormais inscrite dans la loi à l'art. 8 al. 1 LPGA (ATFA non publié du 24 mars 2004, U 288/03, consid. 5.1). Cela signifie que l'assurance-invalidité, l'assurance-accidents et l'assurance militaire doivent non seulement procéder séparément à la fixation du taux d'invalidité de l'assuré, mais également tenir compte d'évaluations de l'invalidité entrées en force. En conséquence, s'agissant de la coordination de l'évaluation de l'invalidité de l'assurance-invalidité et de l'assurance-accidents, l'assurance-invalidité est liée, en principe, par l'évaluation de l'invalidité de l'assurance-accidents passée en force. Elle ne saurait s'en écarter qu'à titre exceptionnel et seulement s'il existe de solides raisons. Il ne suffit donc pas qu'une appréciation divergente soit soutenable, voire même équivalente (ATFA non publié du 16 mars 2001, U 259/00, consid. 5a). Toutefois, il convient de s'écarter d'une telle évaluation lorsqu'elle repose sur une erreur de droit ou sur une appréciation insoutenable (ATF 119 V 471 consid. 2b) ou encore lorsqu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec l'assuré (ATF 112 V 175 ss consid. 2a). A ces motifs de divergence déjà reconnus antérieurement par la jurisprudence, il faut ajouter des mesures d'instruction extrêmement limitées et superficielles, ainsi qu'une évaluation pas du tout convaincante ou entachée d'inobjectivité (ATF 126 V 288 consid. 2d; RAMA 2000 n° U 406 p. 402 consid. 3).

Encore faut-il, pour que l'assurance-invalidité soit liée par l'évaluation de l'invalidité de l'assurance-accidents, que celle-ci ait fait l'objet d'une décision, passée en force. Tel est le cas si l'entrée en force de la décision de l'assurance-accidents est postérieure à la décision attaquée de l'assurance-invalidité, mais qu'elle est intervenue au cours de la procédure de recours. Ces principes valent également lorsque, la situation qui se présente est l'inverse de celle qui prévalait dans l'ATF 126 V 288, la décision de l'office AI étant passée en force (ATFA non publié du 16 mars 2001, U 259/00, consid. 5a). Lorsqu'un recours est interjeté contre la décision de l'assureur-accidents, la juridiction saisie du litige doit, aux mêmes conditions, prendre en considération une décision de l'assurance-invalidité entrée en force dans l'intervalle (RAMA 2001 n° U 410 p. 73 consid. 3 et 4).

7. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif (art. 40 PCF en corrélation avec l'art. 19 PA ; art. 95 al. 2 OJ en liaison avec les art. 113 et 132 OJ), l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les

raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. Il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

De plus, le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs 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; ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

8. En l'espèce, l'OCAI a dans un premier temps rejeté la demande de prestation AI déposée par l'assuré en 2002, au motif qu'il ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante, ni du point de vue somatique ni du point de vue psychique. Par décision sur opposition du 16 avril 2008 toutefois, il lui a reconnu un degré d'invalidité de 50%, se fondant principalement sur l'expertise du Dr M_____ de la PMU. Ladite décision est entrée en force, et doit être prise en considération par le Tribunal de céans pour la résolution du présent litige.

Il y a ainsi lieu d'examiner s'il y a des raisons de s'écarter du taux d'invalidité retenu par l'OCAI, étant rappelé que tel ne serait le cas que si l'appréciation de celui-ci était insoutenable.

9. Dans le dossier figurent principalement deux rapports d'expertise, celui de la PMU ordonné par la WINTERTHUR et établi le 19 septembre 2006, et celui du Prof. O_____ du 1^{er} février 2006, mandaté par l'assuré lui-même.

Il y a lieu de constater que les deux rapports remplissent tous les réquisits de la jurisprudence permettant de leur attribuer pleine valeur probante. Les médecins ont en effet expliqué en quoi consistaient les atteintes à la santé et quelles limitations elles entraînaient. Leurs conclusions sont claires et bien motivées.

La WINTERTHUR considère toutefois que l'expertise du Prof. O_____ ne devrait pas être retenue, dans la mesure où elle est de nature purement privée, qu'elle a été réalisée hors de la procédure administrative en cours, sans égard aux exigences de celle-ci, et qu'elle est au surplus plus ancienne que celle de la PMU, ce qui peut être important dans un contexte de recouvrement des capacités physiques après un accident relativement bénin.

Le fait qu'il s'agisse d'une expertise privée ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante. Une expertise présentée par une partie peut également valoir comme moyen de preuve. 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 et les conclusions de l'expert mandaté par l'assurance-accidents ou par un office AI (ATF 125 V 351 ; ATFA du 29 octobre 2003 I 321/03).

Selon l'expertise de la PMU datée du 19 septembre 2006, l'assuré présente une capacité résiduelle de 50% du point de vue somatique ce dans une activité adaptée à ses limitations, soit évitant les efforts sollicitant le membre supérieur droit et les travaux manuels répétitifs.

Le Prof. O_____ des HUG a quant à lui évalué l'incapacité de travail de l'assuré à 100%, quelle que soit l'activité envisagée, "même dans une situation de type administratif sans travaux lourds".

Le Dr M_____ de la PMU a expliqué lors de son audition, avoir considéré qu'une activité de type administratif était toujours modulable et qu'il était plus facile pour quelqu'un qui a la formation de l'assuré de s'adapter, alors que le Prof. O_____ a voulu tenir compte du fait que l'assuré souffre de douleurs chroniques, constantes et importantes, lesquelles exercent un effet indéniable sur la concentration, et sont également présentes la nuit, ce qui l'empêche de se reposer correctement.

Certes le Dr M_____ estime-t-il que les efforts sollicitant le membre supérieur droit devraient être évités, ce qui conduit l'assuré à prétendre qu'il ne pourrait même pas exercer son activité de mandataire commercial. Il y a toutefois lieu de relever qu'une activité de ce type permet précisément une adaptation plus

souple. Du reste, le Prof. O_____ relevait lui-même, dans son rapport d'expertise, que "si l'on arrive à obtenir une épaule indolente, peut-être qu'on pourra envisager, à ce moment-là, une reprise de travail au moins à temps partiel dans une activité de type administratif".

Il apparaît ainsi qu'il ne se justifie pas de s'écarter du taux de 50% retenu par l'assurance-invalidité.

Aussi le recours est-il rejeté.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La Présidente

Marie-Louise QUELOZ

Doris WANGELER

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