RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1056/2004 **ATAS/535/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

3ème chambre

du 31 mai 2006

En la cause

Monsieur D_____, domicilié GENEVE, mais comparant par Me POGGIA Mauro, en l'Etude duquel il élit domicile — recourant

contre

WINTERTHUR ASSURANCES, Direction Suisse Romande, avenue Benjamin-Constant 1, 1002 LAUSANNE — intimée

Siégeant : Madame Karine STECK, Présidente,
Mesdames Juliana BALDE et Doris WANGELER , juges

EN FAIT

1. A partir du 1er juillet 1997, Monsieur Paolo D_____, né le 1977, de nationalité portugaise, a été employé en qualité de jardinier auprès du X_____de Genève. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de WINTERTHUR ASSURANCES (ci-après : WINTERTHUR).

2. Le 10 décembre 1998, l'assuré a été victime d'un accident : alors qu'il travaillait avec une débroussailleuse, un caillou a violemment heurté son tibia gauche, lui occasionnant une importante tuméfaction.

3. Ce n'est que le 8 février 1999 qu'il a consulté un médecin, car une tuméfaction demeurait. Le diagnostic de déchirure musculaire post-traumatique avec herniation sous-cutanée a alors été posé. Les Drs A_____ et B_____ ont conclu, le 4 mars 1999, à des "modifications dégénératives et cicatricielles de la musculature striée, compatibles avec une séquelle de lésion traumatique".

4. En mars 1999, le Dr C_____ a procédé à l'ablation de la hernie musculaire qui s'était formée. L'assuré a été en arrêt de travail du 4 au 28 mars 1999. Le cas a été annoncé comme guéri.

5. A la fin de l'année 2001, l'assuré a consulté le Dr D_____, des ("établissement hospitalier") en raison des douleurs qu'il ressentait après de gros efforts. Le médecin a constaté une hernie musculaire post-traumatique de la jambe et attesté d'une incapacité de travail jusqu'au 27 avril 2002.

6. Une intervention a été effectuée le 26 mars 2002 sous anesthésie loco-régionale. Elle a entraîné des complications secondaires sous forme d'un syndrome des loges. Cette complication a rendu nécessaire une hospitalisation de deux mois (avril-mai 2002) durant laquelle de nombreuses interventions chirurgicales ont été entreprises (les 31 mars, 1er, 3, 4, 9 et 30 avril 2002).

7. L'assuré n'a plus repris son travail de jardinier depuis lors.

8. Le 27 juin 2002, le Dr E_____, spécialiste en chirurgie, a rendu un rapport à l'intention de WINTERTHUR, qu'il a établi sur la base du dossier, des renseignements obtenus auprès de l'assuré et de ceux recueillis auprès du Dr F_____, chef de clinique scientifique des "établissement hospitalier". Il a expliqué qu'après la première ablation, en mars 1998, une récidive de tuméfaction à la face antérieure de la jambe gauche était apparue chez ce patient, qui pratique intensément de nombreux sports. Il a alors consulté la Clinique d'orthopédie des "établissement hospitalier" où l'on a confirmé le diagnostic de hernie musculaire et préconisé une réparation chirurgicale nécessitant la fermeture de l'aponévrose de la

loge antérieure de la jambe pour y contenir le muscle faisant hernie à travers une brèche de cette aponévrose. L'intervention a été prévue en ambulatoire. Lorsque les effets de l'anesthésie se sont dissipés, l'assuré s'est plaint d'importantes douleurs à la jambe. Ces douleurs augmentant, et s'accompagnant de troubles moteurs du pied, il a été hospitalisé d'urgence le lendemain de l'intervention. Les médecins ont alors constaté une nécrose partielle du muscle jambier antérieur sur un syndrome de loge, dont les suites se sont révélées difficiles. Au moment de l'expertise, la plaie n'était pas totalement cicatrisée. Le Dr E_____ a évoqué un risque d'invalidité dans la profession de jardinier et conclu à une atteinte à l'intégrité certaine. Le médecin a encore précisé que l'employeur de l'assuré s'était adressé à un avocat, dans l'éventualité où la décision de fermer l'aponévrose relèverait d'une erreur d'appréciation. Il a indiqué :

> "il semble bien y avoir eu une négligence au cours du suivi postopératoire, le risque d'un syndrome de loge étant évident dans ces circonstances et nécessitant une surveillance régulière permettant de réintervenir en cas de besoin. Dans ces circonstances, on peut se poser la question si un bloc nerveux du membre inférieur gauche, pouvant entrainer une anesthésie et paralysie totale pendant de nombreuses heures, en fonction de la dose administrée, est adéquate pour évaluer la période postopératoire".

9. WINTERTHUR a alors demandé au Dr G_____, spécialiste en orthopédie et chirurgie, de procéder à une expertise de l'assuré.

10. L'expert a rendu son rapport en date du 19 juin 2003, sur la base du dossier et d'une consultation. D'emblée, il a précisé qu'il n'avait pas jugé nécessaire de consulter le dossier du patient aux "établissement hospitalier", "car cela n'aurait très vraisemblablement pas apporté d'éléments déterminants pour modifier [son] appréciation médicale quant au résultat final du traitement". Il ressort du rapport d'expertise que, depuis sa sortie de l'hôpital, l'assuré porte une attelle "anti-équin" en plastique, qu'il supporte difficilement, surtout en période de chaleurs. Il dit ressentir des douleurs à la jambe de temps en temps, lorsqu'il marche plus de dix minutes; sans attelle, son pied tombe; il pense ne pas pouvoir reprendre son travail précédent, qui le contraindrait à la station debout, à des efforts et à de la marche prolongée.

    Les diagnostics suivants ont été posés : status après excision d'une tuméfaction pré-tibiale diaphysaire gauche, status après réfection d'une hernie musculaire de la loge antéro-externe de la jambe gauche, status après syndrome aigu des loges et multiples interventions avec résection d'une grande partie des muscles nécrotiques de la loge antéro-externe de la jambe et couverture de la plaie par une greffe cutanée.

L'expert a constaté une atrophie musculaire au niveau de la cuisse gauche (1,5 cm par rapport à la droite) et du mollet gauche (2 cm); la mobilité active de la tibio-tarsienne gauche a montré un défaut d'extension de 26° et un défaut de flexion plantaire de 20°; les muscles extenseurs du pied et des orteils sont pratiquement totalement inefficaces alors que les péroniers sont efficaces au 4/5ème de leur valeur normale et que les muscles postérieurs, fléchisseurs plantaires du pied sont tout à fait normaux. Au moment de l'expertise, les muscles de la loge antéro-externe de la jambe - qui permettent au pied d'être relevé activement et de marcher normalement - restaient donc pratiquement inefficaces. Cela entraînait un pied chroniquement tombant avec "steppage" à la marche. En d'autres termes, sans support externe, l'assuré s'encouble à pratiquement tous les pas, même sur terrain plat. Selon l'expert, il faut considérer cet état comme définitif, tant du point de vue fonctionnel que du point de vue esthétique. L'expert a indiqué que les troubles constatés étaient en relation de causalité certaine avec l'évènement déclaré et qu'aucun élément étranger ne jouait de rôle. Il a estimé que l'incapacité de travail, dans la profession précédemment exercée, était totale. La faiblesse du membre inférieur gauche ne permet plus de rester en position debout. En revanche, l'expert a émis l'opinion qu'une activité adaptée au handicap du patient pourrait être exigible après une réadaptation professionnelle bien conduite. Compte tenu de la perte complète de l'extension du pied et des orteils, d'une part, et du dommage esthétique, d'autre part, il a conclu à une atteinte à l'intégrité de 30%.

11. Par courrier du 1er septembre 2003, WINTERTHUR a demandé à l'expert de préciser quelle serait la capacité de travail du patient dans une profession adaptée au handicap sans tenir compte du facteur de rédaptation, par exemple dans une activité sédentaire ne nécessitant pas de déplacements fréquents, s'effectuant en position assise et ne requérant pas de formation particulière.

12. Le 2 octobre 2003, le Dr G_____ a précisé que l'assuré serait capable de travailler dans tout emploi ne nécessitant pas de stations debout permanentes, de marches prolongées, de port d'objets lourds ou encore de marches fréquentes sur terrain accidenté. Selon lui, tout travail en position assise, sédentaire, pourrait être accompli sans problème. Il a cité à titre d'exemple l'entretien des instruments et machines de jardin à l'atelier du club de golf, en tant qu'aide du chef d'atelier. Un tel travail, pratiqué sur des petites machines, serait à son avis parfaitement adapté à son état et ne nécessiterait pas de formation particulière.

13. Le 28 août 2003, WINTERTHUR a informé l'assuré qu'elle considérait son cas comme désormais stabilisé. Elle lui a annoncé qu'une décision portant sur son droit à une rente d'invalidité serait rendue d'ici au mois de décembre 2003 et a attiré son attention sur le fait qu'il lui incombait de tout mettre en œuvre pour retrouver un emploi adapté à son handicap, dans la mesure où l'activité de jardinier lui était devenue impossible compte tenu des séquelles accidentelles.

14. Le 5 décembre 2003, WINTERTHUR a communiqué à l'assuré un document intitulé "droit d'être entendu". Elle y a annoncé son intention d'octroyer à l'assuré d'une part, une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 30% et, d'autre part, une rente d'invalidité de 20%. A cet égard, elle a estimé que l'assuré serait à même d'exercer une activité adaptée, laquelle pourrait lui permettre de réaliser un revenu de Fr. 4'522.- par mois (selon ESS 2000 TA3), soit Fr. 56'298.- par an pour un horaire de 41,5 heures par semaine en 2000 et Fr. 59'625.- en 2003. Elle a encore appliqué une réduction du gain de 10% conduisant à un revenu d'invalide final de Fr. 53'662.-, qu'elle a comparé avec le revenu de Fr. 65'715.- que l'assuré aurait réalisé sans l'atteinte à la santé.

15. Par décision du 20 janvier 2004, WINTERTHUR, se basant sur le rapport d'expertise du Dr G_____ du 19 juin 2003 et sur son rapport complémentaire du 2 octobre 2003, a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité correspondant à un taux d'invalidité arrondi de 20% dès le 1er décembre 2003 et une indemnité pour atteinte à l'intégrité de Frs. 29'160.- (30% de Frs. 97'200.-.)

16. Le 30 janvier 2004, l'assuré a formé opposition à cette décision. Il a allégué qu'il ne pourrait exercer son ancienne profession qu'à 50% tout au plus et qu'avant de pouvoir reprendre une activité adaptée, il lui faudrait bénéficier d'un reclassement professionnel de la part de l'assurance-invalidité. Il a par ailleurs fait remarquer que son ancien employeur l'avait licencié au motif qu'il n'avait pas besoin d'un jardinier à mi-temps. En revanche, il n'a pas contesté le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

17. Le 13 février 2004 WINTERTHUR a confirmé sa décision du 20 janvier 2004. Elle a considéré que l'opinion selon laquelle seule la mise en œuvre de mesures de reclassement professionnel par l'assurance invalidité permettrait à l'assuré d'exercer d'autres activités professionnelles était erronée dans la mesure où nombre d'activités visées par les tableaux statistiques (simples et répétitives) ne nécessitaient qu'une mise au courant pouvant aller de quelques heures à quelques semaines tout au plus. Elle a par ailleurs fait remarquer que le fait que l'assurance-invalidité n'ait pas encore octroyé de mesures de réadaptation professionnelle n'était pas pertinent puisque seules les activités de substitution qui s'offrent à l'assuré sans réadaptation professionnelle avaient été prises en compte. A également été rappelée l'obligation de l'assuré de limiter le dommage, ce qui implique pour lui de mettre en œuvre, fût-ce au prix d'efforts considérables, tout ce que l'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer le plus possible les conséquences de son accident. La caisse a ajouté qu'il était évident que si, contre toute attente, l'assurance invalidité statuait positivement sur des mesures de réadaptation professionnelle, le droit à la rente d'invalidité LAA serait suspendu et la situation alors réexaminée à l'issue de ces mesures.

18. Par courrier du 14 mai 2004, l'assuré a interjeté recours contre cette décision. Il fait valoir qu'il a sollicité des mesures de l'assurance-invalidité sous forme de reclassement professionnel et qu'aucune décision n'a été prise à cet égard. Il ne conteste pas l'atteinte à l'intégrité physique de 30% retenue par l'assureur LAA. En revanche, il reproche à ce dernier de ne pas avoir attendu de savoir si l'assurance invalidité allait accorder des mesures de réadaptation. Il assure ne pas pouvoir exercer d'activité qui puisse lui procurer 30% du revenu antérieur à son invalidité vu sa formation professionnelle. Toutes les activités manuelles envisageables exigent en effet une station debout prolongée ou une certaine force physique dont il ne dispose plus. Dès lors, il conclut que la décision de l'assureur était à tout le moins prématurée et qu'il lui appartient de poursuivre le versement des indemnités journalières aussi longtemps que l'assurance invalidité n'aura pas pris position quant à une éventuelle reconversion professionnelle. Il conclut à l'annulation de la décision attaquée et à la reprise du versement des indemnités journalières dès le 1er décembre 2003 et jusqu'à décision de l'assurance invalidité.

19. A l'appui de son recours, il a produit un certificat établi le 23 octobre 2003 par la Dresse H_____, spécialiste en chirurgie orthopédique. Le médecin conclut que le patient peut marcher avec une certaine fatigabilité pendant plus d'une heure et a repris la pratique sportive du golf, qu'en tant que jardinier, il lui est impossible de travailler à plein temps, qu'en revanche, toute activité sédentaire de bureau ou s'effectuant en position debout non prolongée pourrait être exigible à 100%, enfin, qu'une activité en position debout du type jardinier ou horticulteur avec un appareillage adéquat pourrait être exigible à 50%.

20. Invitée à se prononcer, l'intimée, dans sa réponse du 4 juin 2004, a conclu au rejet du recours. Elle relève que l'assuré ne conteste pas être capable d'exercer une activité de substitution mais allègue simplement que, pour exercer une telle activité, il devrait bénéficier au préalable d'un reclassement professionnel. La caisse conteste que l'assuré ne soit pas apte dès aujourd'hui à exercer une activité de substitution dans les conditions énoncées dans sa décision. Elle relève n'avoir pris en compte dans son appréciation que les activités susceptibles d'être exercées sans mesures de réadaptation professionnelle. Elle relève encore que l'assureur accident ne fixe une rente transitoire que dans les cas où il apparaît avec une certaine vraisemblance que l'assurance-invalidité accordera des mesures de réadaptation professionnelle, vraisemblance qui n'est pas réalisée en l'occurrence. Elle fait cependant valoir que si, contre toute attente, l'assurance-invalidité accordait de telles mesures, le droit à la rente d'invalidité LAA serait alors suspendu et la situation réexaminée à l'issue des mesures.

21. Dans sa réplique du 12 juillet 2004, l'assuré a maintenu sa position. Il fait valoir que ni le Dr G_____ ni l'intimée n'indiquent quelle activité il pourrait exercer et qu'il n'est pas admissible de lui proposer de se contenter d'une rente de Fr. 636.- par mois dans l'attente d'une décision de l'assurance-invalidité.

22. Dans sa duplique du 6 août 2004, la caisse a réaffirmé n'avoir fait qu'appliquer la jurisprudence en la matière.

23. Par courrier du 16 novembre 2004, l'assuré a tenu à relever que les "établissement hospitalier" sont assurés en responsabilité civile professionnelle auprès de l'intimée et met en doute l'objectivité de cette dernière en tant qu'assureur LAA sachant qu'en tant qu'assureur responsabilité civile du tiers responsable, elle pourrait être amenée à supporter le découvert de la perte de gain notamment.

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. 56V al. 1 let. a ch. 2 LOJ, le Tribunal connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (ci-après : LPGA) relatives notamment à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (ci-après : LAI). 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 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). La présente cause sera donc examinée à la lumière des nouvelles dispositions en vigueur dès le 1er janvier 2003, dès lors que le cas d'espèce porte sur le taux d'invalidité qui a été reconnu à l'assuré à compter du 1er décembre 2003. En ce qui concerne la procédure, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a ; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

4. Selon l'art. 60 al. 1 LPGA, le délai de recours est de trente jours. En matière d'assurance-accidents toutefois, en dérogation à l'art. 60 LPGA, le délai de recours est de trois mois pour les décisions sur opposition portant sur les prestations d'assurance (art. 106 LAA). En l'espèce, la décision sur opposition du vendredi 13 février 2004 a été reçue par le recourant à son domicile élu au plus tôt le lundi 16.

En interjetant recours le 14 mai 2004, le recourant a respecté le délai de l'art. 106 LAA. Par ailleurs formé dans la forme prévue par la loi, le recours est recevable.

5. Le recourant fait d'une part, grief à l'intimée d'avoir statué sur la question de son taux d'invalidité avant que l'assurance-invalidité ne se prononce sur l'octroi éventuel de mesures de réadaptation et, d'autre part, conteste le taux de 20% retenu à titre de taux d'invalidité.

6. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA).

   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 équilibré (art. 16 LPGA).

   Les principes dégagés par la jurisprudence en ce qui concerne les notions d'incapacité de gain et d'invalidité, comme celle de l'évaluation de l'invalidité conservent leur validité sous l'empire de la LPGA (ATF 130 V 343).

   Si l'assuré est invalide à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité servie par l'assurance-accidents (art. 18 al. 1 LAA).

7. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1)

   Dans un arrêt du 14 juin 1999 (ATF 125 V 351), le Tribunal fédéral des assurances a précisé sa jurisprudence relative à l'appréciation des preuves notamment dans le domaine médical. Il convient de rappeler ici que 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. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre.

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, la jurisprudence 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. Peut constituer une raison de s'écarter de l'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.

8. Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA). Le Conseil fédéral s'est vu déléguer la compétence d'édicter des prescriptions détaillées sur la naissance du droit à la rente lorsque l'on ne peut plus attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré, mais que la décision de l'assurance-invalidité quant à la réadaptation professionnelle intervient plus tard.

9. Tel est précisément le cas en l'espèce, puisqu'il n'est pas contesté que l'état de l'assuré est désormais stabilisé. En revanche, celui-ci demande que l'assurance-accidents sursoie à statuer jusqu'à ce que l'assurance-invalidité se soit prononcée en matière de mesures de réadaptation, ce qu'elle n'avait pas encore fait lorsque la décision litigieuse a été rendue.

L'intimée fait valoir pour sa part qu'il est inutile d'attendre la mise en œuvre de mesures de reclassement professionnel par l'assurance invalidité dans la mesure où elle a évalué la capacité de travail de l'assuré en ne tenant compte que des activités simples et répétitives ne nécessitant qu'une mise au courant pouvant aller de quelques heures à quelques semaines tout au plus. Elle se réfère à la jurisprudence

du Tribunal fédéral des assurances selon laquelle il est justifié de se baser sur des valeurs statistiques, le marché de l'emploi offrant un éventail d'activités suffisant pour des personnes qui peuvent travailler sans restriction dans des activités ne nécessitant pas de position debout prolongée. Selon elle, dès lors que la situation médicale est stabilisée, la décision d'octroyer une rente d'invalidité de 20% à compter du 1er décembre 2003 n'apparaît pas critiquable, quant bien même l'assurance-invalidité n'a pas encore statué formellement sur le droit de l'assuré à des mesures de réadaptation professionnelle.

10. Le Conseil fédéral a fait usage de la délégation de compétence mentionnée plus haut en édictant l'art. 30 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA). Aux termes de cette disposition, lorsqu'on ne peut plus attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré mais que la décision de l'AI concernant la réadaptation professionnelle n'interviendra que plus tard, une rente est provisoirement allouée dès la fin du traitement médical; cette rente est calculée sur la base de l'incapacité de gain existant à ce moment-là et le droit s'éteint avec la décision négative de l'AI concernant la réadaptation professionnelle.

11. En l'espèce, l'argument de l'intimée selon lequel une rente transitoire n'est allouée que lorsqu'il apparaît avec une certaine vraisemblance que l'assurance-invalidité accordera des mesures de réadaptation professionnelle, vraisemblance qui ne serait selon elle pas réalisée en l'occurrence, doit être écarté. En effet, il apparaît que l'assuré se trouve précisément dans la situation prévue par l'art. 30 OLAA, sans qu'il soit besoin d'examiner les chances de succès de sa demande de mesures de réadaptation à l'AI. L'art. 30 al. a let. b OLAA décrit d'ailleurs expressément l'hypothèse dans laquelle cette demande devait être rejetée.

12. Il convient donc d'examiner à présent le taux d'invalidité retenu par l'intimée pour fixer le montant de cette rente transitoire.

13. Le revenu retenu à titre de salaire de non-invalide n'est pas contesté par le recourant. Ce dernier allègue en revanche, s'agissant du revenu d'invalide, être dans l'incapacité de travailler à plus de 50% dans son ancienne profession.

    Il ressort toutefois de tous les rapports médicaux versés au dossier, y compris celui du Dr H_____ produit par le recourant lui-même que s'il n'est effectivement pas possible d'exiger de lui qu'il exerce à plus de 50% son ancienne profession, l'exercice d'une activité adaptée serait en revanche envisageable à plein temps.

    A cet égard, ainsi que le fait remarquer l'intimée, le TFA a jugé que le fait que le revenu d'invalide soit déterminé en se référant au salaire mensuel brut (valeur centrale), tel qu'il résulte de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) pour des activités simples et répétitives du secteur privé, toutes branches économiques confondues, ne permettait pas de conclure que la situation effective du recourant

n'avait pas été convenablement élucidée. Il a reconnu qu'il serait certes préférable, afin de coller au plus près de la réalité, de déterminer d'abord avec précision quelles activités l'assuré était encore en mesure d'exercer malgré son handicap, en les spécifiant clairement. Toutefois, dans la mesure où le montant retenu représente le salaire mensuel brut (valeur centrale) pour des postes de travail qui ne requièrent pas de qualifications professionnelles particulières, on peut admettre, que la plupart de ces emplois sont, abstraction faite des limitations éprouvées par le recourant, conformes aux aptitudes de celui-ci. Au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services, on doit convenir qu'un nombre significatif de ces activités sont légères. Le salaire statistique pris en considération est alors représentatif de ce que pourrait gagner l'assuré, compte tenu d'un marché équilibré du travail, en mettant à profit sa pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

En conséquence, les griefs formulés par le recourant quant à la prise en comte du salaire statistique qu'auraient pu réaliser un homme exerçant une activité simple et répétitive, tous secteurs économiques confondus, doivent être écartés. Le calcul auquel s'est livré l'intimée ne parait pas critiquable à cet égard dans la mesure où ce large éventail d'activités en recouvrent certaines que l'assuré peut exercer sans formation préalable. De même, la réduction de 10% appliquée par l'intimée apparaît suffisante, dans la mesure où il faut également tenir compte du jeune âge de l'assuré et de sa capacité d'adaptation.

Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est rejeté.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

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

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette dans les sens des considérants.

3. Dit que la procédure est gratuite.

4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois 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

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