RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1291/2004 **ATAS/850/2005**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

4ème Chambre

du 5 octobre 2005

En la cause

Monsieur S_____, représenté par Maître Monica KOHLER, en l'Etude duquel il élit domicile.	recourant

contre

SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, 6002 LUCERNE, représentée par Maître Jacopo RIVARA	intimée

Siégeant : Juliana BALDE, Présidente ; Mmes Karine STECK et Isabelle DUBOIS, Juges

EN FAIT

1. Monsieur S_____, ressortissant espagnol né en 1951, exerce la profession de Chef d'équipe pour le compte de la société X_____ SA qui l'a engagé en mars 1979. A ce titre, il est assuré contre les accidents auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : SUVA).

2. Selon une déclaration d'accident du 23 novembre 1998, l'assuré s'était blessé aux genoux le 19 novembre en chutant dans les escaliers. Il a été totalement incapable de travailler dès ce jour.

3. Une IRM du genou droit pratiquée le 4 décembre 1998 par le Dr A_____, radiologue, a révélé une suspicion de déchirure partielle du ligament croisé antérieur, ainsi qu'une petite déchirure de la pointe de la corne postérieure du ménisque interne. Il a également été mentionné que ce ménisque avait un aspect dégénératif, de même que la corne postérieure externe.

4. Le 4 février 1999, le Dr B_____, chirurgien, a procédé à une arthroscopie du genou droit, laquelle a consisté en une résection du ménisque et un débridement du ligament croisé antérieur.

5. Selon un certificat médical du 30 avril 1999 du Dr C_____, médecin traitant, l'assuré avait pu reprendre l'exercice de son activité professionnelle à 50 % dès le 29 mars 1999, puis à 100 % dès le 3 mai 1999.

6. Le 24 août 1999, l'employeur de l'assuré a annoncé à la SUVA une rechute de l'accident du 19 novembre 1998.

7. Selon un rapport du Dr C_____ du 8 octobre 1999, l'assuré était à nouveau en incapacité totale de travailler et son état nécessitait de la physiothérapie. Le 18 novembre 1999, ce médecin a précisé que l'assuré avait pu reprendre son activité à 50 % dès le 1er novembre 1999. Le 16 décembre 1999, le Dr C_____ a indiqué que le traitement médical était terminé.

8. Le 8 novembre 2000, l'employeur de l'assuré a annoncé à la SUVA un événement s'étant déroulé la veille, soit une chute depuis une échelle occasionnant des blessures au poignet gauche. L'assuré a été totalement empêché de travailler dès ce jour.

9. Une IRM réalisé le 1er décembre 2000 par le Dr D_____, radiologue, a révélé un syndrome d'impingement avec une petite rupture partielle de la surface acromiale du tendon du sus-épineux, une bursite sous-acromio-deltoïdienne ainsi qu'une arthrose acromio-claviculaire.

10. Selon un rapport du 3 mai 2001 du Dr E_____, chirurgien, l'assuré souffrait d'une déchirure de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche et l'évolution était lentement favorable. Une reprise du travail à 50 % était prévue pour le 7 mai 2001.

11. Selon un rapport du 20 juin 2001 du Dr F_____, radiologue, un arthro-scanner de l'épaule gauche réalisé la veille avait révélé une déchirure partielle profonde au niveau de l'insertion du tendon sus-épineux.

12. Le 15 août 2001, le Dr E_____ a opéré l'assuré, procédant à une arthroscopie et une acromioplastie. Il persistait des douleurs à l'effort et il était trop tôt pour se prononcer sur une reprise du travail.

13. Le 14 janvier 2002, l'assuré a pu reprendre le travail à 50 %.

14. Lors d'un entretien avec la SUVA le 30 janvier 2002, l'assuré a déclaré avoir repris le travail à sa demande et contre l'avis de son médecin traitant. Son rendement était de 100 % grâce à de réels efforts qui impliquaient des douleurs. Depuis le début de l'année, des douleurs étaient de nouveau apparues au niveau du genou droit. Elles étaient supportables par la prise de médicaments, mais elles gênaient l'assuré.

15. Le 6 mars 2002, l'employeur de l'assuré a annoncé une rechute de l'accident du 19 novembre 1998 au genou droit.

16. Selon un rapport du 24 mars 2002 du Dr E_____, une arthroscopie était nécessaire. Le 4 juin 2002, ce médecin a indiqué qu'il existait une lente amélioration après l'arthroscopie réalisée le 18 avril 2002. L'assuré était incapable de rependre son activité professionnelle et le développement d'une gonarthrose était possible. En date du 7 août 2002, le Dr E_____ a indiqué que l'assuré avait pu reprendre le travail à 50 % le 1er juillet 2002 et qu'une évaluation de ce cas par la médecin d'arrondissement était souhaitée.

17. Le 15 janvier 2003, le Dr G_____, chirurgien orthopédique et médecin conseil de la SUVA, a procédé à un examen médical final de l'assuré. Au niveau de l'épaule gauche, il persistait une diminution de la mobilité, une diminution de la force et un syndrome douloureux chronique. S'agissant de genou droit, il devenait douloureux lors des postures en flexion et les marches de longue durée. La capacité de travail dans le métier d'étancheur était nulle et cette incapacité de travail était déterminée principalement par le problème à l'épaule gauche. A cause de son genou, l'assuré était incapable de marcher pendant longtemps, de porter des charges, d'adopter des positions accroupies ou à genou. Les limitations liées à l'épaule étaient les activité demandant de la force du membre supérieur gauche ainsi que des postures et des mouvements répétitifs au-delà de l'horizontale. Dans une profession respectant ces limitations, une capacité totale de travail était exigible.

Le Dr G_____ a également estimé l'atteinte à l'intégrité subie par l'assuré et l'a fixée à 10 % concernant l'accident du 19 novembre 1998 et à 10 % également concernant celui du 7 novembre 2000. Pour le genou, le médecin d'arrondissement avait utilisé la table des arthroses et retenu une arthrose moyenne, chiffre inférieur, alors qu'il avait utilisé la table 1, périarthrite moyenne, pour l'épaule.

18. Le 20 janvier 2003, le Dr F_____ a réalisé des radiographies de l'épaule gauche ainsi que des genoux, lesquelles ont principalement révélé une discrète tuméfaction des tissus mous pré-rotuliens du côté droit ainsi qu'une gonarthrose tri-compartimentale du côté droit.

19. Par courrier du 3 février 2003, la SUVA a annoncé qu'elle mettait fin au paiement des soins médicaux. L'indemnité journalière continuerait toutefois à être versée jusqu'au 30 juin 2003 pour permettre à l'assuré de trouver un poste de travail adapté à son état de santé. A ce moment-là, une décision serait prise concernant l'invalidité. Par ailleurs, l'assuré aurait droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité d'un montant de 20'400.- fr.

20. Par décision du 4 septembre 2003, la SUVA a reconnu à l'assuré une invalidité de 47 % dès le 1er juillet 2003 et lui a octroyé une rente correspondante. Celui-ci était considéré comme capable de travailler à plein temps dans un poste adapté, mais la comparaison des revenus avec et sans invalidité laissait apparaître une invalidité de 47 %. L'atteinte à l'intégrité était globalement évaluée à 20 % et l'indemnité y relative se montait à 20'400.- fr.

21. Par courrier du 18 septembre 2003, l'assuré s'est opposé à cette décision.

22. Le 28 novembre 2003, il a conclu à ce que le Dr G_____ soit invité à compléter son rapport et à ce qu'une invalidité supérieure à 47 % lui soit reconnue. Il existait des lacunes et contradictions dans le rapport du médecin d'arrondissement, qui n'indiquait pas quelles étaient les activités autorisées pour l'assuré. Les conclusions de ce médecin étaient à nuancer. Les descriptions de postes de travail (ci-après : DPT) figurant au dossier n'étaient pas exemptes de critiques non plus. Ainsi, de tels postes n'existaient pas sur le marché de l'emploi ou n'étaient pas accessibles au recourant. Par ailleurs, certains se situaient à lointaine distance de son domicile. Ainsi, au moins trois des six postes proposés étaient totalement inadaptés à son handicap. S'ajoutait à cela l'âge de l'assuré, qui rendait sa reconversion quasiment illusoire. Enfin, le calcul d'invalidité comportait des erreurs dans les chiffres retenus.

23. Par décision sur opposition du 17 mars 2004, la SUVA a confirmé sa décision initiale. Le rapport du Dr G_____ devait se voir reconnaître pleine valeur probante et indiquait qu'un certain nombre d'activités étaient encore accessibles à l'assuré. Un marché équilibré du travail devait lui permettre de limiter au mieux le préjudice financier allégué suite à ses accidents. La comparaison des revenus

amenait à une invalidité de 46,3 %. Quant aux montants retenus pour réaliser le calcul d'invalidité, ils étaient confirmés. Enfin, rien ne laissait apparaître que le dossier ou le rapport du médecin d'arrondissement doivent être complétés.

24. Par acte du 17 juin 2004, l'assuré a interjeté recours contre cette décision auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales, concluant principalement à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité supérieure à 75 %. Préalablement, une nouvelle expertise devait être ordonnée.

    A l'appui de son recours, l'assuré a produit une expertise du 12 janvier 2004 réalisée par le Dr H_____, rhumatologue, à la demande de la GENEVOISE ASSURANCE, caisse-maladie collective de l'employeur de l'assuré. Ce médecin avait diagnostiqué des lombalgies mécaniques chroniques dans le contexte d'un spondylolisthésis de degré I L5-S1, un status après suture de la coiffe des rotateurs et acromioplastie de l'épaule gauche pour une rupture du sus-épineux post traumatique ainsi qu'un status après arthroscopie du genou droit pour une déchirure du ligament croisé antérieur. Le patient présentait trois problématiques distinctes sur le plan locomoteur. Au niveau de l'épaule gauche, il restait très limité en termes de mobilité et présentait de fortes douleurs lors de la sollicitation mécanique. S'agissant du genou droit, il était gêné par des douleurs lors de la marche ou de positions nécessitant la flexion du genou. Enfin, il existait des lombalgies mécaniques qui s'étaient aggravées ces derniers mois. Compte tenu de ces trois pathologies, le patient était clairement inapte à reprendre son activité dans l'étanchéité des bâtiments. Une reprise d'activité dans un travail plus léger semblait également difficilement envisageable en l'état.

    Compte tenu de cette expertise, l'assuré concluait à ce qu'une nouvelle expertise soit réalisée, celle du Dr G_____ ne permettant pas de déterminer précisément son importance. Par ailleurs, il y avait lieu de reconnaître que son état de santé s'était aggravé depuis l'expertise du Dr G_____, lui causant une atteinte supplémentaire à sa capacité de gain d'environ 20 %.

25. Dans sa réponse du 5 août 2004, la SUVA a conclu au rejet du recours. Le rapport du Dr G_____ répondait aux exigences de la jurisprudence et décrivait les limitations de l'assuré. L'appréciation médicale du Dr H_____ rejoignait les conclusions du Dr G_____, sauf en ce qui concernait la question des rachialgies chroniques. Cette affection n'étant pas couverte par la SUVA, il n'existait aucun élément médical concret remettant en cause la description de l'exigibilité figurant dans le rapport du Dr G_____. Une expertise complémentaire s'avérait donc superflue. S'agissant des DPT figurant au dossier, elles concernaient des emplois adaptés au handicap du recourant et la comparaison des revenus laissait apparaître une invalidité de 47 %. A défaut des DPT, il était également possible d'utiliser les données salariales découlant des statistiques, mais le résultat serait défavorable à l'assuré.

26. Dans sa réplique du 30 août 2004, l'assuré a persisté dans ses conclusions. Il contestait le taux d'invalidité retenu par la SUVA. Selon lui, des éléments déterminants ayant conduit l'assurance à retenir le taux de 47 % étaient lacunaires. Il en allait notamment ainsi du rapport du Dr G_____, celui-ci ne remplissant pas les conditions de la jurisprudence. Par ailleurs, les DPT figurant au dossier n'étaient pas compatibles avec l'état de santé du recourant. Cet état de fait étant probablement dû au rapport lacunaire du Dr G_____, il y avait lieu de faire compléter ce rapport par un expert. Enfin, le rapport du Dr H_____ parvenait à des conclusions différentes de celles du médecin-conseil, indiquant notamment que les douleurs dont souffrait l'assuré étaient aggravées par les rachialgies chroniques.

27. Par duplique du 27 septembre 2004, la SUVA a également persisté dans ses conclusions. Elle a rappelé que le rapport du Dr G_____ avait pleine valeur probante au sens de la jurisprudence et qu'il n'était contredit par aucune autre pièce médicale. Par ailleurs, ce rapport était motivé et permettait de déterminer quelles activités étaient encore exigibles de la part du recourant. Le fait de savoir si les emplois retenus par la SUVA étaient convenables était une question de droit, de sorte qu'une nouvelle expertise médicale était inutile. En l'espèce, toutes les activités proposées étaient accessibles au recourant.

28. Cette écriture a été transmise au recourant par le Tribunal de céans qui a ensuite gardé la cause à juger.

EN DROIT

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

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

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 5 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale des assurances sociales du 6 octobre 2000

(ci-après : LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (ci-après : LAA).

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

3. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions dans le domaine de l'assurance-accidents. Eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 4 consid. 1.2), la LPGA sera applicable au cas d'espèce. En effet, le moment déterminant en l'espèce est la stabilisation de l'état de santé du recourant permettant de prendre une décision de rente d'invalidité, soit dès le mois de juillet 2003 (art. 82 al. 1 LPGA).

4. Selon l'art. 56 al. 1er LPGA, les décisions sur opposition sont sujettes à recours dans un délai de 30 jours (art. 60 al. 1er LPGA) auprès du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré (art. 58 al. 1er LPGA). 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).

Déposé dans les délai et forme prévus par la loi, le recours est recevable.

5. Préalablement, le recourant demande à ce qu'une expertise médicale soit ordonnée par le Tribunal de céans. Selon lui, le rapport du Dr G_____ est lacunaire et remis en cause par le Dr H_____.

6. Le juge des assurances sociales apprécie librement les preuves (art. 61 let. c LPGA; art. 95 al. 2 OJ, en relation avec les art. 113 et 132 OJ). Mais si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. 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 liquider 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. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a et les références; VSI 2001 p. 108 consid. 3a).

Le droit de faire administrer des preuves, qui découle du droit d'être entendu (ATF 122 II 469 consid. 4a), n'empêche pas l'autorité de mettre un terme à l'instruction si, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles elle doit procéder d'office, elle est convaincue que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation; une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu (ATF 124 V 94 consid. 4b ; ATFA non publié du 25 août 2004 en la cause U 115/04).

Il convient également de rappeler que selon la jurisprudence, le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins de la SUVA aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet 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 sv. consid. 3b/ee).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée. Cela dit, le simple fait qu'un rapport médical est établi à la demande d'une partie ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. Une expertise présentée par une partie peut donc également valoir comme moyen de preuve. Le juge examinera si elle est propre à mettre en doute, sur les points litigieux importants, l'opinion et les conclusions de l'expert mandaté par le tribunal (ATF 125 V 352 ss consid. 3b).

7. En l'espèce, le recourant a été examiné par le médecin d'arrondissement de la SUVA le 15 janvier 2003. Son rapport se base sur un examen médical complet et prend en considération les plaintes émises par le patient. A la lecture de ce rapport, on constate que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée et qu'ils ont été établis en pleine connaissance de l'anamnèse et du dossier médical, en particulier des nombreux rapports médicaux et opératoires du Dr E_____. Des radiographies de l'épaule et du genou ont également été examinées. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et les conclusions sont motivées par les éléments retenus dans le rapport. Dans ces circonstances, ce rapport remplit toutes les conditions auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document.

S'agissant de l'expertise du Dr H_____, sur laquelle se base principalement le recourant, force est de constater que les conclusions de ce médecin rejoignent celles du Dr G_____ en ce qui concerne les problèmes à l'épaule et au genou. Les limitations retenues dans le rapport du 12 janvier 2004 sont pratiquement identiques à celles mises en évidence par le Dr G_____. En ce sens, plutôt que de mettre le rapport de ce dernier en cause, les conclusions du Dr H_____ renforcent et confirment sa pleine valeur probante.

A noter à ce propos que le fait de déterminer si les emplois dont il a été tenu compte pour comparer les revenus (cf. art. 18 al. 2 LAA) étaient ou non convenables et, partant, exigibles concerne un point de droit et non de fait.

Dans la mesure où ces rapports permettent de déterminer quelles sont les limitations de l'assuré et en conséquence les activités qui lui sont encore accessibles, on ne voit pas ce qui justifierait qu'une nouvelle expertise médicale soit ordonnée. Dès lors, la demande préalable du recourant en ce sens doit être rejetée.

8. Sur le fond, le litige porte sur la capacité résiduelle de gain de l'assuré, ainsi que sur son taux d'invalidité.

9. On rappellera que la responsabilité de l'assureur-accidents se limite aux seules atteintes à la santé qui se trouvent en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'événement accidentel assuré.

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

   Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

   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).

   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. 1er LAA).

Pour déterminer le taux d'invalidité, il y a lieu de procéder à la comparaison des revenus. En l'absence d'un revenu exigible effectivement réalisé, le revenu d'invalide doit être déterminé en se référant aux conditions d'un marché du travail équilibré et structuré offrant un éventail d'emplois diversifiés. Il s'agit donc d'une notion théorique. Lorsque l'assuré ne reprend pas d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, la comparaison peut se faire au moyen de tabelles statistiques ou de données salariales résultant de descriptions de postes de travail (ATFA du 5 février 2004 en la cause U 167/03).

Dans les cas d'évaluation basés sur les données salariales publiées par l'Office fédéral de la statistique, on réduira le montant des salaires ressortant de ces données en fonction des empêchements propres à la personne de l'invalide, tels que le handicap, l'âge, les années de service, la nationalité, la catégorie d'autorisation de séjour ou le taux d'occupation. On procédera alors à une évaluation globale des effets de ces empêchements sur le revenu d'invalide, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret, étant précisé que la jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25 % (ATF 126 V 76 sv. consid. 3b/bb, 78 ss consid. 5, ATFA non publié du 16 décembre 2004 en la cause U 197/03).

La détermination du revenu d'invalide peut également être effectuée sur la base des données salariales résultant des DPT. Selon la jurisprudence (ATF 129 V 472), la détermination du revenu d'invalide sur la base des DPT suppose, en sus de la production d'au moins cinq DPT, la communication du nombre total des postes de travail pouvant entrer en considération d'après le type de handicap, ainsi que du salaire le plus haut, du salaire le plus bas et du salaire moyen du groupe auquel il est fait référence. Lorsque le revenu d'invalide est déterminé sur la base des DPT, une réduction de salaire, eu égard au système même des DPT, n'est ni justifiée ni admissible.

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge s'il y a eu 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).

10. En l'espèce, le recourant conteste principalement l'estimation de sa capacité de travail, telle qu'elle a été réalisée par la SUVA. Il soutient que les limitations mentionnées par le Dr G_____ ne permettent pas de déterminer quelles activités lui sont encore ouvertes accessibles.

Il ressort clairement des pièces versées au dossier que le recourant n'est plus à même d'exercer son métier de chef d'équipe étancheur, mais qu'il dispose tout de même d'une capacité résiduelle de travail du point de vue de l'assurance-accidents. Cela résulte en particulier des rapports du médecin d'arrondissement et des limitations mises en évidence en ce qui concerne les problèmes à l'épaule et au genou.

Ainsi qu'on l'a vu ci-dessus, le rapport du Dr G_____ doit se voir reconnaître pleine force probante.

Selon ce rapport, le genou droit devenait douloureux lors des postures en flexion et les marches de longue durée. Pour cette raison, l'assuré était incapable de marcher pendant longtemps, de porter des charges, d'adopter des positions accroupies ou à genou. Les limitations liées à l'épaule étaient les activité demandant de la force du membre supérieur gauche ainsi que des postures et des mouvements répétitifs au-delà de l'horizontale. Dans une profession respectant ces limitations, une capacité totale de travail était exigible.

Pour ce qui concerne les limitations du genou et de l'épaule gauche, le Dr H_____ est parvenu à des conclusions identiques à celles du Dr G_____. Ainsi, s'agissant du genou droit, l'assuré était gêné par des douleurs lors de la marche ou de positions nécessitant la flexion de ce genou. Au niveau de l'épaule gauche, il restait très limité en termes de mobilité et présentait de fortes douleurs lors de la sollicitation mécanique.

Enfin, on précisera que les lombalgies chroniques récemment invalidantes mentionnées par le Dr H_____ dans son rapport ne sont pas du ressort de la SUVA, qui ne doit répondre que des suites des accidents qu'elle a couverts. Le rapport du Dr H_____ ne saurait dès lors être pris en compte qu'en ce qui concerne les limitations liées à ces accidents.

En conséquence, il y a lieu de se baser sur l'appréciation du Dr G_____ en ce qui concerne la capacité de travail résiduelle concernant les atteintes à charge de l'assurance-accidents Selon le rapport du Dr G_____, le recourant a conservé une capacité de travail complète, pour autant que certaines limitations fonctionnelles soient respectées, lesdites limitations ayant été confirmées par le rapport du Dr H_____ produit par l'assuré. Ainsi, l'activité devra être légère, éviter les marches prolongées, ainsi que les positions accroupies ou à genou.

11. Le recourant conteste également le calcul de la perte de gain effectué par l'intimée, en soutenant que les DPT produites au dossier ne sont pas adaptées à son handicap.

Au titre de revenu d'invalide, la SUVA s'est fondée sur six DPT qui figurent au dossier. Il s'agit notamment de fonctions d'employé d'usine, de monteur de modules, de polisseur, d'employé à la presse ou d'employé au contrôle.

En l'occurrence, il apparaît que toutes les DPT figurant au dossier concernent des emplois accessibles à l'assuré. La description de ces postes permet pour chacun d'eux de comprendre qu'ils concernent tous des emplois demandant des efforts modestes. Les charges très légères à porter concernent pratiquement uniquement des poids ne dépassant pas quelques dizaines de grammes et chaque poste est décrit comme étant particulièrement léger.

Enfin, le fait que certains de ces emplois soient situés à une certaine distance du domicile du recourant n'est pas relevant. En effet, selon la jurisprudence du TFA, le gain d'invalide reste une donnée théorique même s'il est évalué sur la base des DPT. Il ne s'agit donc pas d'imposer au recourant qui habite à Genève un déplacement à Renens, Aubonne, Yverdon ou Ballaigues où se situent les postes de travail pris en considération par la SUVA. Ces données servent simplement à fixer le montant du gain qu'il pourrait obtenir, sur un marché équilibré du travail, en mettant pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, dans un emploi adapté à son handicap (ATFA non publié du 26 septembre 2000 en la cause U 448/99).

S'agissant du salaire mensuel moyen réalisable dans ces professions en 2003, date du début du droit à le rente il s'élève à 4'366.- fr. (52'392.- fr. par an en moyenne). Comme relevé ci-dessus, lorsque le revenu d'invalide est déterminé sur la base de DPT, il n'y a pas lieu d'opérer une réduction de ce salaire pour tenir compte des handicaps de l'assuré (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3). On notera également que le montant retenu par la SUVA est pratiquement identique à celui basé sur les statistiques salariales ressortant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) et selon lesquelles un homme exerçant une activité simple et répétitive pouvait prétendre en 2003 à un revenu de 4'550 fr., compte tenu d'une possible réduction de 10 % (ATF 126 V 75 ss ; salaire de base de 4'798 fr. selon ESS 2002 tableau TA1, secteur production, niveau de qualification 4, augmenté par le biais des indices de salaires nominaux pour tenir compte de l'année de référence 2003 et du temps de travail dans les entreprises durant cette année, soit 41,7 heures). Ainsi que l'a relevé à juste titre la SUVA, les connaissances professionnelles du recourant ainsi que le fait qu'il exerce la profession de chef d'équipe de puis plusieurs années le situeraient plutôt dans un niveau de qualification supérieur, probablement au niveau 3, ce qui engendrerait un salaire d'invalide plus élevé que celui retenu dans le cadre de ce calcul. Cela confirme à tout le moins que l'utilisation des statistiques salariales aboutirait à un résultat moins favorable à l'assuré que le système des DPT.

Pour ce qui concerne le revenu sans invalidité, l'ancien employeur du recourant, X_____ SA, a indiqué à la SUVA que le recourant aurait perçu un gain annuel de 97'045.- fr. en 2003, soit 8'087 fr. par mois.

Si l'on procède à la comparaison des deux revenus déterminants (à savoir 97'045 fr. pour le revenu sans invalidité et 52'392 fr. pour le revenu d'invalide), le taux

d'invalidité atteint 46 %. Par conséquent, la décision entreprise, fixant l'invalidité à 47 % ne se révèle pas critiquable dans son résultat.

Le recours doit en conséquence être 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.

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).

Le greffier	La Présidente :
Walid BEN AMER	Juliana BALDE

Le secrétaire-juriste : Marius HAEMMIG

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