



## **EN FAIT**

1. Monsieur N\_\_\_\_\_, ressortissant espagnol né en 1943, est employé en tant que maçon par CONSTRUCTION X\_\_\_\_\_ SA depuis le 1<sup>er</sup> juin 1998.
2. Alors qu'il était occupé au coffrage d'une dalle le 14 juin 2002, il a fait une chute d'une hauteur d'environ 3 mètres sur la dalle inférieure. L'accident a été annoncé à la CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après : SUVA) par déclaration du 17 juin 2002, qui indiquait une blessure au thorax sous forme de contusion.
3. Le 11 juillet 2002, le Prof. B\_\_\_\_\_ et le Dr C\_\_\_\_\_, du Département de chirurgie de l'Hôpital cantonal, ont posé les diagnostics suivants : hémothorax traumatique gauche, volet costal avec fractures de côtes multiples, contusion pulmonaire traumatique à gauche, luxation sterno-claviculaire supérieure gauche et traumatisme crânien avec perte de connaissance. L'assuré a séjourné à l'hôpital du 15 au 29 juin 2002.
4. Dans un rapport du 2 août 2002, le Dr D\_\_\_\_\_, médecin traitant, a indiqué que le patient était en incapacité totale de travail pour une durée indéterminée. L'évolution était lente.
5. Un examen tomodensitométrique pratiqué le 26 août 2002 par le Dr E\_\_\_\_\_ a révélé qu'il n'y avait pas d'argument en faveur d'une fracture de vertèbre cervicale.
6. Dans un courrier du 4 octobre 2002, le Dr de F\_\_\_\_\_ a indiqué au Dr D\_\_\_\_\_ que l'échographie de l'épaule gauche pratiquée sur son patient avait révélé une luxation des articulations acromio-claviculaire et sterno-claviculaire droite, ainsi qu'une rupture complète par effilochage du long chef du biceps.
7. Le 10 octobre 2002, le Dr G\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, a indiqué au Dr D\_\_\_\_\_ que l'évolution pulmonaire serait favorable après drainage de l'hémothorax. Le status thoracique et pulmonaire était dans la norme et le patient présentait des séquelles essentiellement dues aux luxations acromio- et sterno-claviculaires gauches pour lesquelles le traitement devait rester conservateur, une chirurgie étant trop aléatoire. Ce médecin pensait que le patient ne pourrait plus travailler dans son activité professionnelle actuelle et qu'une demande devait être déposée auprès de l'assurance-invalidité.
8. A la demande de la SUVA, le Dr H\_\_\_\_\_, radiologue, a réalisé plusieurs radiographies de l'assuré le 17 décembre 2002. Il a indiqué dans un courrier au Dr I\_\_\_\_\_, médecin-conseil de la SUVA, que l'assuré avait subi plusieurs fractures de côtes, certaines avec déplacement. Il existait également un important

espace acromio-claviculaire de 21 mm (norme jusqu'à 3 mm) ainsi qu'une impression de luxation cléido-sternale gauche.

9. Le 17 décembre 2002, l'assuré a été examiné par le Dr I\_\_\_\_\_. L'état n'était pas encore stabilisé, mais en rapport avec l'importance du traumatisme de tout l'hémithorax gauche, et d'une probable atteinte de l'épaule droite également. Une reprise du travail comme maçon équivalant à un travail lourd n'était plus exigible. Un séjour à la Clinique Romande de Réadaptation (ci-après : CRR) était préconisé, afin d'offrir au patient un complément de rééducation, d'obtenir un avis orthopédique concernant l'état de la luxation sterno- et acromio-claviculaire et de juger de la capacité résiduelle de travail.
10. Du 4 février au 4 mars 2003, l'assuré a séjourné à la CRR. Dans le rapport de sortie du 9 avril 2003, les Dr J\_\_\_\_\_ et K\_\_\_\_\_ ont posé un diagnostic primaire de thérapies physiques et fonctionnelles. Cliniquement, il était mis en évidence un abaissement de la ceinture scapulaire gauche, associée à une malposition de la clavicule gauche avec luxation sterno-claviculaire et diastasis acromio-claviculaire. Le bilan radiologique confirmait la luxation sterno- et acromio-claviculaire et les multiples fractures étaient en voie de consolidation. Aucune pathologie psychiatrique n'avait été retenue, cela malgré une humeur abaissée. L'assuré avait été évalué aux ateliers professionnels où de nombreuses plaintes avaient été émises, malgré les activités très légères proposées. La prise en charge avait été marquée par une faible motivation et des auto-limitations. Il existait un risque important de chronicisation, pour des facteurs non médicaux, et les chances de succès d'une réadaptation paraissaient nulles. La capacité de travail dans la profession de maçon était de 0%.
11. Le 1<sup>er</sup> avril 2003, le Dr L\_\_\_\_\_, du Service d'orthopédie et de traumatologie de l'appareil locomoteur du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, a examiné l'assuré à la demande de la SUVA et a diagnostiqué une luxation de la clavicule gauche. Le patient présentait des douleurs chroniques des deux épaules dans le cadre d'une luxation de la clavicule gauche, ainsi qu'une rupture du long chef du biceps droit avec tendinopathie de la coiffe des rotateurs. Un traitement chirurgical pourrait être proposé pour l'épaule gauche, afin de réduire les douleurs, mais le patient y était opposé. Le pronostic dans le contexte général était plutôt sombre et il était peu vraisemblable qu'une reprise du travail soit un jour possible.
12. Le 19 mai 2003, le Dr I\_\_\_\_\_ a procédé à un examen médical final de l'assuré. A l'examen, on retrouvait au niveau de l'épaule droite un status après rupture du long chef du biceps avec limitation de la mobilité et, à gauche, un état de luxation sterno-claviculaire non réduite, une épaule portée plus bas que la droite, une abduction / antépulsion réduite et une diminution de la force. « L'état était à juger comme stabilisé dans le cadre d'une PSH grave tenant compte de l'état après luxation sterno-claviculaire et acromio-claviculaire à gauche et de PSH moyenne,

dans le cadre d'une rupture du long chef du biceps à droite ». L'exigibilité n'était plus celle d'un maçon, le patient ne pouvant plus porter de charges moyennes à lourdes avec le membre supérieur gauche et ne pouvant pas atteindre l'horizontale. Du côté droit, le patient ne pouvait plus travailler au-dessus de l'horizontale avec des charges moyennes à lourdes. Dans le cadre d'une activité adaptée, ne demandant pas les sollicitations ci-dessus, une capacité de travail à plein temps serait possible avec un plein rendement.

13. Par décision du 25 novembre 2003, la SUVA a fixé le taux d'invalidité de l'assuré à 34 % et lui a ouvert le droit à une rente correspondante. Il ressortait de ses investigations que l'assuré était à même d'exercer une activité durant toute la journée dans divers secteurs de l'industrie, à condition que celle-ci soit légère et puisse être effectuée à hauteur de table. Une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 35 % lui a également été octroyée.
14. Par courrier du 8 décembre 2003, l'assuré s'est opposé à cette décision. Etant aux portes de la retraite et ne pouvant plus travailler dans sa profession de maçon vu son état de santé, il ne pouvait pas envisager de reconversion professionnelle et était donc en incapacité totale de travailler.
15. Le 18 décembre 2003, l'assuré a complété son opposition et sollicité préalablement la mise sur pied d'une expertise médicale. Sur le fond, il concluait principalement à ce qu'une rente entière d'invalidité lui soit allouée et à ce que le taux de son atteinte à l'intégrité soit revu. L'expertise était nécessaire pour déterminer son état de santé, les séquelles de l'accident, ainsi que les possibilités de reconversion professionnelle. Il indiquait toujours subir les conséquences de son accident et son médecin traitant avait attesté de son impossibilité totale de reprendre l'activité de maçon. Compte tenu de son âge, on ne pouvait pas raisonnablement attendre de lui qu'il entame une reconversion professionnelle afin d'atténuer les conséquences économiques de son invalidité.
16. Par courrier du 30 décembre 2003, l'assuré a versé au dossier un courrier du 19 décembre 2003 de son médecin traitant, le Dr D\_\_\_\_\_. Selon ce dernier, l'incapacité de travail était de 100 % et définitive, car il n'existait aucune chance de récupération fonctionnelle des bras du patient. Même grâce à un traitement permanent d'antalgiques majeurs, il était peu probable que le syndrome douloureux disparaisse. Les différents chirurgiens consultés avaient été clairs quant à l'impossibilité d'apporter une amélioration par la chirurgie. Une tentative d'acupuncture était faite avec une amélioration trop fugace pour que l'on puisse espérer un succès prolongé en l'état. L'état de santé de l'assuré s'était détérioré, ce qui avait entraîné un état dépressif compréhensible. Cet état dépressif était susceptible de se péjorer à l'avenir.

17. Par décision du 22 avril 2004, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assuré. Sur la base des indications données par le Dr I\_\_\_\_\_, il ne faisait pas de doute qu'un marché du travail équilibré devait permettre à l'assuré de limiter au mieux le préjudice consécutif à son accident. Il existait des emplois légers permettant de ménager les membres supérieurs de l'assuré et pour lesquels un salaire supérieur à celui arrêté par le secteur rentes de la SUVA pouvait être obtenu. Le Dr D\_\_\_\_\_ semblait méconnaître que la notion d'invalidité était une notion économique qu'il y avait lieu de ne pas confondre avec celles d'incapacité de travail et de capacité résiduelle de gain.

S'agissant du taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, il était basé sur les tables établies en la matière et l'opposant n'amenait aucun élément médical propre à mettre en doute l'évaluation du Dr I\_\_\_\_\_. Le taux devait donc être confirmé.

Enfin, les conclusions du Dr I\_\_\_\_\_ étaient claires et documentées, de sorte qu'il n'y avait pas lieu d'envisager une expertise médicale.

18. Par acte du 22 juillet 2004, l'assuré a interjeté recours contre cette décision auprès du Tribunal de céans, concluant préalablement à ce qu'une expertise médicale soit ordonnée, et principalement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité basée sur un taux de 55 %. Le refus de la SUVA de mettre sur pied une expertise était injustifié et violait le droit d'être entendu du recourant. Celle-ci s'était fondée sur l'appréciation anticipée des preuves pour refuser l'expertise médicale, alors qu'en réalité elle craignait que cette expertise ne vienne contredire les conclusions partiales de son médecin conseil, déjà critiquées par trois médecins différents, dont deux spécialistes en orthopédie.

La confirmation du taux d'invalidité de 34 % n'était justifiée par aucun argument et se basait sur un exposé théorique. L'avis médical du Dr I\_\_\_\_\_ ne respectait pas les exigences de la jurisprudence pour se voir accorder une valeur probante et était contredit par les affirmations des Dr K\_\_\_\_\_, L\_\_\_\_\_ et G\_\_\_\_\_. La position adoptée par la SUVA semblait insoutenable. Il en allait de même des conclusions du Dr I\_\_\_\_\_ relatives à l'activité adaptée, dont la motivation était inexistante. Les conclusions ne correspondaient pas aux constatations médicales et ne permettaient de citer aucun exemple précis d'activité adaptée. Il était clair à la lecture du rapport du Dr D\_\_\_\_\_ que les douleurs empêchaient le recourant d'exercer toute activité, même légère, de sorte que la décision de la SUVA sur l'invalidité était injustifiée. De plus, l'appréciation dubitative portée par la SUVA sur le certificat du Dr D\_\_\_\_\_ n'était pas étayée, alors que ce médecin avait rédigé un rapport relatant l'incapacité de travail totale de son patient. La SUVA n'avait jamais mentionné la nature du poste adapté auquel elle se référait, alors qu'il avait été dûment établi que l'assuré ne pourrait

plus reprendre d'activité professionnelle, même légère. En conséquence, son taux d'invalidité devait être fixé à 100 %.

Enfin, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité devait être augmentée, compte tenu du fait que l'assuré perdait presque totalement (90 %) l'usage de son bras gauche. Sur ce point, une atteinte de 45 % devait être retenue, à laquelle s'ajoutaient les 10 % retenus par la SUVA pour l'épaule droite et que le recourant admettait, soit un total de 55 %.

19. Le 29 juillet 2003, l'assuré a complété son écriture par la production de diverses pièces médicales de la CRR.
20. Dans sa réponse du 16 septembre 2004, la SUVA a conclu au rejet du recours. Le rapport du Dr I\_\_\_\_\_ répondait aux exigences de la jurisprudence quant à la valeur probante d'un certificat médical, ce qui n'était pas le cas des rapports des Drs G\_\_\_\_\_, L\_\_\_\_\_ et K\_\_\_\_\_. Aucun de ces médecins ne se déterminait sur la capacité de travail dans une activité adaptée, de sorte que leurs avis ne remettaient pas en cause celui du Dr I\_\_\_\_\_. Il en allait de même du rapport du Dr D\_\_\_\_\_. Les facteurs étrangers à l'accident, comme l'âge, ne pouvaient pas être pris en compte dans l'estimation de l'invalidité. Une expertise n'était pas propre à jeter un éclairage nouveau sur la question de l'exigibilité.

Contrairement à ce que prétendait le recourant, la SUVA avait produit neuf descriptions de postes de travail adaptés à l'état de santé du recourant et qui justifiaient pleinement le taux d'invalidité retenu. Enfin, s'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, le recourant n'amenait aucun élément médical concret de nature à remettre en doute l'évaluation motivée du Dr I\_\_\_\_\_.

21. Par réplique du 20 octobre 2004, le recourant a persisté dans ses conclusions. Il a rappelé que l'avis du Dr I\_\_\_\_\_ était contredit par plusieurs autres médecins, dont certains spécialistes. Ceux-ci ne s'étaient pas prononcés sur l'activité adaptée, dans la mesure où ils arrivaient à la conclusion que le recourant était totalement incapable de reprendre une activité professionnelle quelle qu'elle soit. Il était faux de prétendre que l'assuré pouvait exercer les emplois décrits par la SUVA. En effet, il avait été constaté à la CRR que même sur une durée très courte, des activités très légères n'étaient pas adaptées. Enfin, la SUVA était toujours dans l'impossibilité totale de justifier son refus de procéder à une expertise, alors que celle-ci était nécessaire.
22. Par duplique du 8 novembre 2004, la SUVA a persisté dans ses conclusions. Le rapport du Dr I\_\_\_\_\_ devait se voir reconnaître entière valeur probante. Ce dernier était spécialiste en chirurgie orthopédique et avait tenu compte des rapports de la CRR et du Dr L\_\_\_\_\_. Il n'était pas contredit par les autres médecins et son rapport était motivé. Pour le surplus, une lecture attentive des descriptifs de postes de travail démontrait que les activités proposées étaient parfaitement

adaptées au handicap de l'assuré, qui se devait de limiter le préjudice subi au prix d'un effort même important. Enfin, une expertise était tout à fait superflue.

23. Sur demande du Tribunal de céans, la CRR a indiqué par courrier du 22 mars 2005 qu'elle s'était prononcée uniquement sur la capacité de travail dans l'activité en cours. Elle ne s'était absolument pas déterminée sur l'exigibilité, qui était du ressort des agences de la SUVA.
24. Ce courrier a été communiqué aux parties et la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1<sup>er</sup> 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. Le Tribunal cantonal des assurances sociales statue, en instance unique, sur les contestations relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (ci-après : LAA) notamment (art. 56V al. 1 let. a LOJ).

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

3. La loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, entraînant de nombreuses modifications dans le domaine de l'assurance-accidents. Aux termes de l'art. 118 al. 1<sup>er</sup> LAA, les prestations d'assurances allouées pour les accidents qui sont survenus avant l'entrée en vigueur de la loi sont régies par l'ancien droit. L'accident ayant eu lieu le 14 juin 2002, le présent litige sera en conséquence examiné à la lumière des dispositions de la LAA en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002. En revanche, les règles de procédure sont immédiatement applicables (art. 82 LPGA ; ATF 127 V 427 consid. 1).
4. En ce qui concerne le délai de recours, l'art. 60 LPGA prévoit que le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours. L'art. 106 LAA prévoit cependant qu'en dérogation à l'art. 60 LPGA, le délai est de trois mois pour les décisions sur opposition portant sur les prestations

d'assurance. Déposé dans les forme et délai imposés par la loi, le présent recours est recevable.

5. Préalablement, le recourant sollicite la mise sur pied d'une expertise médicale, relevant que le rapport du Dr I\_\_\_\_\_ suite à l'examen médical final ne peut se voir accorder pleine valeur probante au sens de la jurisprudence.
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. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. Il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 352 consid. 3a). 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). Ces principes, développés à propos de l'assurance-accidents, sont applicables à l'instruction des faits d'ordre médical dans toutes les branches d'assurance sociale (ATFA non publié du 6 septembre 2004 en la cause U 149/04).

Le droit de faire administrer des preuves, qui découle du droit d'être entendu (ATF 122 II 469 consid. 4a), n'empêche en effet 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).

7. En l'espèce, le Dr I\_\_\_\_\_ a examiné le recourant à deux reprises. Son rapport final du 19 mai 2003 se base sur un examen médical complet et sur un premier rapport intermédiaire, également précédé d'un examen, 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 rapports de la CRR et du Dr L\_\_\_\_\_. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et les conclusions sont dûment motivées. Dans ces circonstances, ce rapport remplit toutes les conditions auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document.

S'agissant de l'avis des autres médecins cités par le recourant, force est de constater qu'ils ne sont pas en totale contradiction avec l'avis du Dr I\_\_\_\_\_. Ainsi, le Dr HARRICHANE, de la CRR, ne se prononce que sur la capacité de travail dans le métier de maçon lorsqu'elle indique que celle-ci est nulle, ce qui a été pleinement reconnue par le Dr I\_\_\_\_\_. La CRR a d'ailleurs expressément précisé au Tribunal de céans que son rapport ne déterminait pas l'exigibilité dans une activité adaptée, mais uniquement la capacité de travail dans l'activité habituelle. Quant au Dr L\_\_\_\_\_, il émet un doute dans le cadre de la reprise du travail en se basant sur un pronostic sombre dans un contexte général. Lui non plus ne se prononce pas sur l'exigibilité actuelle dans un poste adapté, son rôle n'étant que de donner son avis suite au séjour à la CRR et non de fixer l'exigibilité.

Enfin, s'agissant du Dr G\_\_\_\_\_, celui-ci ne se prononce également que sur l'incapacité de travail en tant que maçon, ne remettant pas non plus en cause l'avis du Dr I\_\_\_\_\_ par cette appréciation.

Il y a donc lieu de conclure que le rapport du Dr I\_\_\_\_\_ doit se voir reconnaître pleine force probante, d'autant plus que ses conclusions ne sont pas remises en cause par l'avis d'autres spécialistes.

Ainsi, l'intimée n'a pas écarté une offre de preuve sans motif. Elle s'est prononcée sur la base d'un état de fait qu'elle estimait à juste titre suffisamment complet et probant au sens de la jurisprudence mentionnée ci-dessus. Pour cette raison, il sied de rejeter la requête de l'assuré tendant à la mise en oeuvre d'une expertise dont il n'y a rien à attendre de nouveau.

On peut donc conclure, sur la base des documents figurant au dossier, que le recourant n'est plus en état d'exercer sa profession de maçon. En revanche, dans une activité adaptée et moyennant les limitations indiquées par le médecin d'arrondissement de la SUVA (éviter le port de charges moyennes à lourdes avec les membres supérieurs, mouvements limités à l'horizontale), une activité à plein temps serait possible avec un plein rendement.

8. Sur le fond, le litige porte essentiellement sur le taux d'invalidité du recourant, ainsi que sur le degré de son atteinte à l'intégrité.
9. Selon l'art. 18 al. 2 LAA (teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002), est réputé invalide celui dont la capacité de gain subit vraisemblablement une atteinte permanente ou de longue durée. Pour l'évaluation de l'invalidité, le revenu du travail que l'assuré devenu invalide par suite d'un accident pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide.

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. 1<sup>er</sup> LAA).

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<sup>er</sup> 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, la comparaison peut se faire au moyen de tabelles statistiques ou de données salariales résultant de descriptions de postes de travail (DPT ; ATFA du 5 février 2004 en la cause U 167/03).

10. En l'espèce, le recourant soutient principalement que la SUVA n'a jamais mentionné la nature du poste adapté auquel elle se référerait ainsi que le salaire qui en découlait.

S'agissant du revenu sans invalidité, il y a lieu de se référer au montant de 5'740 fr. qui n'est pas contesté par le recourant et qui correspond aux indications obtenues de l'ancien employeur de l'assuré.

Au titre du revenu d'invalidité, l'intimée s'est fondée sur neuf DPT qui figurent au dossier, contrairement à ce que soutient le recourant. Il s'agit notamment des fonctions de portier, auxiliaire reliure, employé de cafétéria, employé au prémontage, caissier ou gardien. A l'issue de l'examen de ces DPT, dont il ressort que les professions sont indubitablement à la portée du recourant, l'intimée a retenu un salaire mensuel moyen réalisable de 3'850 fr., qui doit être considéré comme relativement faible et qui ne saurait être remis en cause, dans la mesure où lorsque le revenu d'invalidité est ainsi déterminé, une réduction du salaire n'est ni justifiée ni admissible eu égard au système même des DPT (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3). La SUVA a précisé que ce montant était plus favorable à l'assuré que celui basé sur les statistiques salariales ressortant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires et selon lesquelles un homme exerçant une activité simple et répétitive pouvait prétendre en 2003 à un revenu de 4'817 fr., soit 3'853 fr. compte tenu d'une réduction de 20 % (ATF 126 V 75 ss). Procédant à la comparaison des gains, la caisse a obtenu un degré d'invalidité de 33,04 %.

Il découle de ce qui précède que le degré d'invalidité retenu par l'intimée doit être confirmé, la question de la capacité résiduelle de travail ayant déjà été traitée ci-dessus dans le cadre de l'examen des pièces médicales figurant au dossier et de la valeur probante du rapport final du médecin d'arrondissement de la SUVA.

11. Il reste à examiner si le recourant a droit, comme il le soutient, à une indemnité pour atteinte à l'intégrité d'un taux supérieur à celui fixé par l'intimée.
12. Si, par suite d'un accident, un assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique ou mentale, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (art. 24 al. 1 LAA).

Une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité, pendant toute la vie. Elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique ou mentale subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (art. 36 al. 1<sup>er</sup> de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 - OLAA)

L'atteinte à l'intégrité fait abstraction des effets particuliers qu'elle peut exercer sur un individu donné; elle traduit une évaluation abstraite, valable pour tous les assurés. Seul est donc pris en compte "le degré de gravité" attribuable à une telle atteinte à l'intégrité

---

chez l'homme moyen (W. GILD et H. ZOLLINGER, Die Integritätsentschädigung nach dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Berne 1984, pp. 38 et 46; dans le même sens, A. MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, Berne 1985, p. 417; A. RUMO-JUNGO, E. MURER, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Zurich 1991, ad art. 25 al. 1, p. 104).

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital. Elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité (art. 25 al. 1 LAA). En vertu des art. 25 al. 2 LAA et 36 al. 1<sup>er</sup> OLAA, le Conseil fédéral a édicté des directives sur le calcul de l'atteinte à l'intégrité, constituant l'annexe no 3 de l'OLAA, qui comporte un barème des atteintes à l'intégrité en pour cent du montant maximum du gain assuré. Ce barème - reconnu conforme à la loi - ne constitue pas une énumération exhaustive (ATF 124 V 32 consid. 1b et les références). Il représente une «règle générale» (ch. 1 al. 1 de l'annexe). Pour les atteintes qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, il y a lieu d'appliquer le barème par analogie, en tenant compte de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 de l'annexe). Le ch. 2 de l'annexe dispose au surplus que la perte totale de l'usage d'un organe est assimilée à la perte de celui-ci. En cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence; toutefois aucune indemnité ne sera versée dans les cas où un taux inférieur à 5 % du montant maximum du gain assuré serait appliqué.

La division médicale de la SUVA a élaboré des tables complémentaires plus détaillées (Informations de la division médicale de la SUVA no 57 à 60, et 62), que le Tribunal fédéral a jugées compatibles avec l'annexe 3 OLAA, dans la mesure où elles ne constituaient pas des règles de droit impératives, mais simplement des indications destinées à garantir l'égalité de traitement entre les assurés (ATF 116 V 156; 113 V 218).

13. Dans le cas d'espèce, l'assuré s'est vu reconnaître une atteinte à l'intégrité de 35 % en raison d'une PSH moyenne de 10 % pour l'épaule droite, auxquels s'ajoutent 25 % pour l'épaule gauche en raison de l'état après luxation sterno- et acromioclaviculaire induisant une très nette réduction de la mobilité, appliquant par analogie le taux retenu pour une PSH grave.

Le recourant ne conteste pas le taux de 10 % retenu en ce qui concerne l'épaule droite. Il soutient par contre que le taux de 25 % pour l'épaule gauche est insuffisant, dans la mesure où il y a lieu de prendre en compte une perte importante de l'usage du bras gauche devant être assimilée à la perte du bras selon le chiffre 2 de l'annexe 3. Le recourant n'apporte pas d'élément médical susceptible de mettre en doute le taux retenu par le médecin d'arrondissement de la SUVA et basé sur la table n° 1 établie par la SUVA, de sorte que son raisonnement ne peut être suivi. En effet, le trouble dont il souffre ne saurait être assimilé à une perte totale de l'usage

du bras, dans la mesure où il existe précisément une différenciation entre celle-ci et un trouble fonctionnel de l'épaule. Ces deux atteintes ne sauraient être comparées. A ce titre, une épaule totalement bloquée en abduction correspond à un taux d'indemnité de 30 %. Considérant que l'épaule du recourant n'est pas bloquée, mais qu'elle voit sa mobilité nettement réduite, l'analogie avec une PSH grave et l'obtention d'un taux de 25 % d'atteinte à l'intégrité est en parfaite adéquation avec les tables établies par la SUVA.

14. Au bénéfice de ce qui précède, le recours doit donc 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).

La greffière :

Marie-Louise QUELOZ

La Présidente :

Doris WANGELER

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