



POUVOIR JUDICIAIRE

A/1655/2003

ATAS/331/2006

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 2

du 4 avril 2006

En la cause

Monsieur B _____, comparant avec élection de domicile en
l'étude de Maître Henri NANCHEN

Recourant

contre

**SUVA - CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCES EN
CAS D'ACCIDENTS**, Fluhmattstrasse 1, Postfach 4358, 6002
LUCERNE, comparant avec élection de domicile en l'étude de
Maître Jacopo RIVARA

intimée

**Siégeant : Madame Isabelle DUBOIS, Présidente, Mesdames Juliana BALDE et Valérie
MONTANI, Juges**

EN FAIT

1. Monsieur B _____, né en 1941, ressortissant italien au bénéfice d'un permis C et titulaire d'un permis de machiniste, a travaillé en qualité de maçon en dernier lieu pour le compte de l'entreprise X _____ SA à Carouge. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non-professionnels auprès de la CAISSE NATIONALE SUISSE EN CAS D'ACCIDENTS (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt, ci-après : SUVA).
2. Le 19 mai 2001, alors qu'il roulait à bicyclette sur une piste cyclable, il a été heurté par une voiture qui sortait d'une propriété privée et a chuté lourdement sur le dos.
3. L'assuré s'est immédiatement rendu à l'hôpital de Nyon où son bras droit a été immobilisé dans un gilet orthopédique.
4. Puis, du 19 au 22 mai 2001, il a séjourné à la clinique et policlinique d'orthopédie et de chirurgie de l'appareil locomoteur des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG). Des radiographies de l'omoplate droite effectuées le 20 juin 2001 ont révélé une fracture du tiers moyen de l'omoplate avec diastase, mais sans atteinte de l'espace articulaire gléno-huméral, qui a été traitée conservativement.
5. Le 21 mai 2001, l'employeur a annoncé l'accident à la SUVA qui a pris en charge les conséquences de cet accident non-professionnel.
6. Dès sa sortie de l'hôpital, le 22 mai 2001, l'assuré a été suivi par le Dr A _____, chirurgien-orthopédiste, qui a attesté une incapacité totale de travailler dès le jour de l'accident.
7. Une IRM de l'épaule droite, effectuée le 14 août 2001, a mis en évidence une rupture complète de la coiffe des rotateurs aux dépens du sus-épineux.
8. En raison de l'absence de résultats probants de la rééducation, le 13 septembre 2001, le Dr A _____ a procédé à une bursectomie et à une suture de la coiffe des rotateurs à droite par voie arthroscopique. Lors de cette intervention, l'opérateur a constaté une déchirure complète du sus-épineux ainsi qu'une intégrité des ligaments gléno-huméraux, de la glène et de la tête humérale.
9. Dans son rapport du 20 mars 2002, le Dr A _____ a fait état d'une diminution de la mobilité de l'épaule droite et d'une évolution favorable. Il a estimé que l'assuré pourrait avoir une capacité de travail de 50% dans une activité légère.
10. Le 25 avril 2002, l'assuré a présenté une demande de prestations de l'assurance-invalidité.

11. Du 2 au 26 juillet 2002, il a séjourné à la Clinique romande de réadaptation à Sion pour un complément de rééducation sous forme de physiothérapie intensive à sec et en piscine avec renforcement musculaire. Un examen radiologique effectué le 4 juillet 2002 a révélé un début d'omarthrose avec ostéophytose de la glène. Dans le rapport de sortie du 30 août 2002, le Dr B _____ a fait état, au début du séjour, d'une diminution de la mobilité dans toutes les amplitudes articulaires de l'épaule dans le contexte d'une probable capsulite rétractile au décours et, à la fin du séjour, d'une amélioration de la force ainsi que d'une discrète augmentation de la mobilité. Il a considéré qu'un travail avec les mains au-dessus du niveau des épaules ou nécessitant le port de lourdes charges n'était pas réalisable et que la reprise de l'activité de maçon n'était pas possible. Il a estimé qu'une activité plus légère tenant compte des limitations déjà décrites était envisageable.
12. Le 8 octobre 2002, l'assuré a été examiné par le Dr C _____, chirurgien et médecin d'arrondissement de la SUVA, auquel il a déclaré que son épaule droite était douloureuse lors du levage de charges ou quand il essayait de dépasser l'horizontale, mais pas au repos. Le Dr C _____ a constaté une diminution de la mobilité de l'épaule droite de moitié en abduction activo-passive (90°), en antépulsion (90°) et en rotation externe (20°)/interne (D6). Il a considéré que l'état de santé était stabilisé dans le cadre d'une périarthrite scapulo-humérale moyenne à grave et qu'une capacité de travail était possible à plein temps et à plein rendement dans le cadre d'une activité adaptée ne sollicitant pas le membre supérieur droit au-dessus de l'horizontale et sans port de charges moyennes à lourdes. Enfin, il a retenu une atteinte à l'intégrité de 15% en tenant compte d'une périarthrite scapulo-humérale moyenne à grave avec limitation de la mobilité jusqu'à l'horizontale.
13. Par courrier du 14 octobre 2002, la SUVA a informé l'assuré qu'il n'y avait plus lieu d'attendre une amélioration de son état de santé et qu'elle mettait un terme à sa prise en charge des soins médicaux ainsi que de l'indemnité journalière dès le 1^{er} novembre 2002. Elle a précisé, d'une part, qu'elle allait toutefois examiner si les conditions d'octroi d'une rente partielle d'invalidité étaient remplies, d'autre part, que l'assuré avait droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 16'020 fr.
14. Le 17 octobre 2002, l'employeur a communiqué à la SUVA que le salaire mensuel de l'assuré aurait été de 4'700 fr. pour l'année 2001 et de 4'780 fr. pour l'année 2002, plus gratification de 8.33%.
15. Par décision du 25 février 2003, la SUVA a alloué à l'assuré une rente d'invalidité de 29% dès le 1^{er} novembre 2002 sur la base d'un gain assuré de 55'587 fr. Elle a retenu qu'il était à même d'exercer à 100% une activité légère dans divers secteurs de l'industrie à condition que les travaux ne sollicitent pas le membre supérieur droit au-dessus de l'horizontale et sans port de charges moyennes à lourdes comme par exemple l'activité de surveillant de parking, d'ouvrier d'usine, de contrôleur, etc. En tenant compte de cinq descriptions de postes de travail (ci-après : DPT), la

SUVA a estimé que le gain réalisable dans une telle activité était de 3'700 fr. par mois correspondant aux 28.57% du gain qu'il aurait obtenu sans la survenance de l'événement accidentel, soit 5'180 fr. En outre, elle lui a alloué une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 16'020 fr. sur la base d'un gain annuel de 106'800 fr. et d'une diminution de l'intégrité de 15%.

16. En date du 20 mars 2003, l'assuré a formé opposition contre cette décision estimant que, vu son âge et la réduction de ses capacités résiduelles, il lui était impossible de trouver une quelconque situation professionnelle adaptée. Il a conclu à l'octroi d'une rente d'invalidité de 100% et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité d'un "pourcentage considérablement supérieur" à 15%.
17. Par décision sur opposition du 4 juillet 2003, la SUVA a confirmé sa position. Elle a indiqué que, sur le plan médical, les séquelles accidentelles objectives autorisaient l'assuré à exercer à plein temps toute autre activité plus légère que celle de maçon et ne nécessitant pas de travaux du membre supérieur droit au-dessus de l'horizontale. Elle a précisé que le revenu d'invalidé fixé à 3'700 fr. était inférieur de plus de 20% au revenu déterminé selon les salaires statistiques (4'437 fr.). Au sujet de l'atteinte à l'intégrité, elle a relevé que l'assuré n'apportait aucun élément médical permettant de s'écarter de l'appréciation du Dr C_____.
18. Par acte du 5 septembre 2003, l'assuré a recouru contre ladite décision sur opposition auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales. Il conclut à l'octroi d'une rente d'invalidité de 70% et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 30%, sous suite de frais et dépens. Il soutient que pour déterminer le revenu d'invalidé, l'intimée s'est basée uniquement sur une évaluation médico-théorique de sa capacité de travail, sans recueillir de données concrètes sur les revenus qu'il pourrait réaliser. A l'appui de sa thèse il fait valoir que, dans une attestation du 18 août 2003, le Dr A_____ a estimé que toute activité mettant à contribution de façon répétitive le membre supérieur droit devait être évitée. En conséquence, il demande la mise en œuvre d'une expertise médicale. Quant à l'atteinte à l'intégrité, il prétend que puisqu'il ne peut plus travailler avec son bras droit, il y a lieu de la fixer à au moins 30%.
19. Dans son mémoire de réponse du 27 novembre 2003, la SUVA conclut au rejet du recours et à la confirmation de sa décision sur opposition du 4 juin 2003 (recte : juillet). Elle soutient que le rapport du Dr C_____ du 9 octobre 2002 répond aux exigences jurisprudentielles relatives à la valeur probante d'un rapport médical et comporte des conclusions qui coïncident avec celles de la Clinique romande de réadaptation. Elle relève que le rapport du Dr A_____ ne saurait remettre en cause la capacité de travail exigible du recourant déterminée par le Dr C_____ et qu'une expertise médicale est superflue.

20. Par courrier du 11 février 2004, le Tribunal de céans a demandé à l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE (ci-après : OCAI) de lui transmettre une copie du rapport du Centre d'intégration professionnel (ci après : CIP) ainsi que de tout document utile relatif à la comparaison des revenus et à la fixation du taux d'invalidité.
21. Le 2 mars 2004, l'OCAI a transmis une copie du rapport du CIP du 5 février 2004 ainsi qu'une copie du rapport COPAI du 3 novembre 2003.

Dans ce dernier, consécutif au stage effectué du 6 octobre au 2 novembre 2003, le COPAI a considéré que les capacités physiques de l'assuré étaient compatibles avec un travail léger, pratique et non répétitif, sans port de charges, à plein temps, avec un rendement de 60% dans le circuit économique normal, après une période d'adaptation. Il a précisé que le port de charges était très limité et que tout travail nécessitant des mouvements amples ou répétitifs du membre supérieur droit était à proscrire. Quant aux capacités d'adaptation, d'apprentissage et d'intégration de l'assuré, il a estimé qu'elles étaient compatibles avec un emploi simple et pratique dans le circuit économique normal. Il a ajouté que l'assuré avait les aptitudes lui permettant de suivre une mise au courant pratique en entreprise, mais a signalé l'insuffisance de sa compréhension d'un texte simple. En outre, il a mis en avant ses aptitudes lui permettant d'être en contact avec la clientèle. Il a conclu à une capacité résiduelle de travail de 60% dans des activités telles qu'employé d'un magasin de location de machines ou d'équipement de chantier, chauffeur-livreur dans les livraisons légères, opérateur sur machine.

22. Dans son rapport du 5 novembre 2003, le Dr D_____, spécialiste en médecine interne et médecin-conseil du COPAI, a mentionné une limitation de la fonction de l'épaule dans tous les mouvements en hauteur et en rotation ainsi qu'une diminution globale de la force du membre supérieur droit. Il a confirmé que les activités répétitives ou entraînant des vibrations n'étaient pas envisageables. Il a précisé que, dans une activité adaptée respectant ces limitations, l'assuré était en mesure de travailler à plein temps avec un rendement minimum de 60% qui pourrait vraisemblablement être plus élevé selon les activités proposées et le réentraînement.
23. Le rapport ESPACE du 3 février 2004, établi à la suite du stage effectué en tant que désinfecteur chez Y_____ du 12 novembre 2003 au 30 janvier 2004, a confirmé l'évaluation précédente faite au COPAI et a précisé qu'une réadaptation était possible dans les métiers de désinfecteur, magasinier pour petit matériel (ne dépassant pas 5 à 10 kilos), opérateur sur machines CNC. Il a proposé une évaluation sur dossier étant donné que l'assuré avait décidé de prendre une pré-retraite dès le mois de février 2004.
24. Par ordonnance du 12 mars 2004, le Tribunal a fixé des délais aux parties pour se déterminer sur les documents transmis par l'OCAI.

25. Dans son écriture du 19 avril 2004, le recourant a considéré que lesdits documents attestaient une capacité résiduelle de travail de 60% dans une activité adaptée et que les chiffres retenus par l'intimée ne pouvaient plus servir de référence. Il a conclu que, sur la base des salaires statistiques et après déduction, son revenu d'invalidité s'élevait à 1813 fr. 50 ce qui correspondait à un taux d'invalidité de 65%. En conséquence, il a modifié les conclusions de son recours dans ce sens et a renoncé à sa demande d'expertise médicale.
26. Dans son écriture du 13 mai 2004, l'intimée a relevé qu'il existait deux rapports ESPACE datés du 5 février 2004 contenant des conclusions différentes quant à la capacité résiduelle de travail, puisque l'un retenait un taux de 60% et l'autre un taux de 80%. Elle a considéré que l'estimation des organes de l'assurance-invalidité ne saurait en aucun cas lier la SUVA dès lors que la comparaison des revenus effectuée par l'OCAI reposait uniquement sur le rapport final du conseiller professionnel et non sur une appréciation médicale. Elle a persisté intégralement dans ses conclusions précédentes.
27. Le Tribunal a ordonné la comparution personnelle des mandataires qui s'est tenue le 8 juin 2004. Lors de cette audience, le recourant a souhaité pouvoir se prononcer après réception de la décision de l'OCAI et les parties ont accepté que la cause soit suspendue jusqu'à émission de ladite décision.
28. Par arrêt incident du 15 juin 2004, le Tribunal a suspendu l'instruction de l'affaire et a précisé qu'elle sera reprise sur demande de la partie la plus diligente, mais en tout cas d'office dans un délai d'un an.
29. Par ordonnance du 30 mai 2005, le Tribunal a ordonné la reprise de l'instruction de la cause et a invité le recourant à se déterminer quant au maintien ou non de son recours.
30. Le 10 juin 2005, le recourant a informé le Tribunal que l'OCAI n'avait pas encore rendu sa décision et qu'il maintenait son recours en persistant dans ses conclusions.
31. Sur demande du Tribunal du 15 juin 2005, l'OCAI lui a transmis, par courrier du 20 juin 2005, une copie de sa décision du 10 août 2004. Selon cette dernière, pour la période du 1^{er} mai 2002 au 31 octobre 2002, il a alloué à l'assuré une rente entière ordinaire simple ainsi qu'une rente ordinaire complémentaire pour conjoint en retenant un degré d'invalidité de 100% dès le 19 mai 2002 et de 28% dès le 9 octobre 2002. Il a considéré que l'état de santé l'assuré s'était amélioré, ce que la SUVA avait signalé le 9 octobre 2002, et qu'une activité adaptée à plein temps sans diminution de rendement était médicalement exigible dès cette date.
32. Le Tribunal a ordonné une nouvelle comparution personnelle des mandataires qui s'est tenue le 6 septembre 2005. A la suite de cette audience, par courrier du 26

septembre 2005, le recourant a maintenu son recours et sollicité un délai complémentaire.

33. Dans son écriture du 25 octobre 2005, le recourant a considéré que le taux d'invalidité retenu par l'OCAI était insoutenable au regard des mesures d'observation et des avis médicaux. Il a précisé que le rapport ESPACE daté du 5 février 2005 concluant à un rendement de 80% avait été reçu par l'OCAI le 6 février 2004, alors que le rapport muni de la même date et concluant à un rendement de 60% avait été réceptionné par l'OCAI le 13 février 2004. En outre, il a contesté la note du Dr E_____ du SMR Léman, datée du 10 février 2004, qui considérait que l'exigibilité de 60% admise par le COPAI ne pouvait pas être retenue faute d'argumentation convaincante. A ce sujet, il a relevé que le médecin du SMR Léman se référait de façon erronée à l'appréciation du 28 mars 2003 du Dr F_____, médecin-conseil de l'OCAI, et à la décision de rente de la SUVA. Il a soutenu que rien ne justifiait de prendre en considération le salaire qu'il aurait pu obtenir sans perte de rendement alors que celle-ci était avérée. Il a conclu que son rendement était de 60% sur un plein temps ce qui portait son taux d'invalidité à 69%. Pour le surplus, il a persisté dans ses conclusions antérieures.
34. Par duplique du 29 novembre 2005, l'intimée a souligné que le taux d'invalidité reconnu par l'OCAI s'élevait à 28% et était donc presque identique à celui de 29% retenu par la SUVA. Elle a relevé que l'évaluation de l'invalidité ne saurait reposer valablement sur les seules conclusions contenues dans un rapport final d'expert en matière professionnelle, mais devait se baser sur des données médicales. La SUVA a persisté dans ses conclusions précédentes.
35. Le 5 décembre 2005, le Tribunal de céans a transmis cette écriture au recourant et la cause a été gardée à juger.
36. A noter que la décision de l'assurance-invalidité du 10 août 2004 a fait l'objet d'une opposition en octobre 2005, jugée irrecevable par l'OCAI, ce que le Tribunal de céans a confirmé par arrêt du 7 mars 2006 (ATAS 222/06).

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1^{er} 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'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA).

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

3. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} 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 130 V 230 consid. 1.1, 335 consid. 1.2, 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références).

En l'espèce, le présent recours concerne le droit à des prestations dès le 1^{er} novembre 2002. Etant donné que les faits déterminants se sont réalisés à une date antérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA, le présent cas reste régi, sur le plan matériel, par la législation en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002. Quant aux règles de procédure, elles sont applicables, sauf dispositions transitoires contraires, à tous les cas en cours dès l'entrée en vigueur de la LPGA (ATF 131 V 314 consid. 3.3, 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. Toutefois, en dérogation à la LPGA, l'art. 106 LAA prévoit un délai de recours de trois mois. Etant donné que la décision sur opposition date du vendredi 4 juillet 2003, qu'elle a été reçue au plus tôt le 7 juillet et que les délais sont suspendus du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA), le recours du 5 septembre 2003 a été formé en temps utile dans le délai courant du 8 juillet au 10 novembre 2003 (art. 38 al. 3 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56 et ss LPGA.
5. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité, plus particulièrement sur le taux à la base de ces prestations.
6. 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. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant

aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 114 V 313 consid. 3a et les références; ATF 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b).

Le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, la jurisprudence considère que le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de statistiques salariales (ATF 126 V 76-77 consid. 3b), singulièrement à la lumière de celles figurant dans l'enquête suisse sur la structure des salaires, publiée par l'Office fédéral de la statistique (ATF 124 V 321). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 79-80 consid. 5b/aa-cc).

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).

L'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les arrêts cités; RIEMER-KAFKA, *Die Pflicht zur Selbstverantwortung*, Fribourg 1999, p. 57, 551 et 572; LANDOLT, *Das Zumutbarkeitsprinzip im schweizerischen Sozialversicherungsrecht*, thèse Zurich 1995, p. 61). L'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage s'applique donc également en matière d'assurance-accidents (ATF 117 V 400). Le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir après l'accident, ceci pour éviter que la victime soit tentée d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87). Par ailleurs, l'invalidité doit être évaluée en fonction d'un marché équilibré du travail, notion dans laquelle n'entrent pas en considération les éventuels effets négatifs de la conjoncture (ATF 110 V 276 consid. 4b, RCC 1991 p. 332 consid. 3b; cf. ATF 130 V 346 consid. 3.2)

7. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif (art. 40

PCF en corrélation avec l'art. 19 PA ; art. 95 al. 2 OJ en liaison avec les art. 113 et 132 OJ), l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. Il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge peut accorder pleine 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 soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 ss. consid. 3b/ee).

Les informations des organes d'observation professionnelle de l'assurance-invalidité ont pour fonction de compléter les données médicales en examinant concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Dans le cas où ces appréciations divergent sensiblement, il incombe à l'administration, respectivement au juge de confronter les deux appréciations, au besoin de requérir un complément d'instruction. Reste que ces informations recueillies au cours d'un stage pour utiles qu'elles soient ne sauraient supplanter l'avis dûment motivé d'un médecin à qui il appartient, au premier chef, de porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré et d'indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités celui-ci est capable de travailler, le cas échéant quels travaux ont peut encore raisonnablement exiger de lui (ATFA du 11 juillet 2005, I 531/04, consid. 4.2).

-
8. La notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité. Dans ces trois domaines, elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé assurée, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entre en ligne de compte pour l'assuré (ATF 119 V 470 consid. 2b, 116 V 249 consid. 1b et les arrêts cités).

En raison de l'uniformité de la notion d'invalidité, il convient d'éviter que pour une même atteinte à la santé, assurance-accidents, assurance militaire et assurance-invalidité n'aboutissent à des appréciations divergentes quant au taux d'invalidité. Cela n'a cependant pas pour conséquence de les libérer de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité. En aucune manière un assureur ne peut se contenter de reprendre simplement et sans plus ample examen le taux d'invalidité fixé par l'autre assureur car un effet obligatoire aussi étendu ne se justifierait pas. D'un autre côté l'évaluation de l'invalidité par l'un de ces assureurs ne peut être effectuée en faisant totalement abstraction de la décision rendue par l'autre. A tout le moins, une évaluation entérinée par une décision entrée en force ne peut pas rester simplement ignorée. Elle doit au contraire être considérée comme un indice d'une appréciation fiable et, par voie de conséquence, prise en compte ultérieurement dans le processus de décision par le deuxième assureur. L'assureur doit ainsi se laisser opposer la présomption de l'exactitude de l'évaluation de l'invalidité effectuée. Une appréciation divergente de celle-ci ne peut intervenir qu'à titre exceptionnel et seulement s'il existe des motifs suffisants. A cet égard, il ne suffit donc pas qu'une appréciation divergente soit soutenable, voire même équivalente. Peuvent en revanche constituer des motifs suffisants le fait qu'une telle évaluation repose sur une erreur de droit ou sur une appréciation insoutenable ou encore qu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec l'assuré. A ces motifs de divergence déjà reconnus antérieurement par la jurisprudence, il faut ajouter des mesures d'instruction extrêmement limitées et superficielles, ainsi qu'une évaluation pas du tout convaincante ou entachée d'inobjectivité (ATF 126 V 288 consid. 2d; ATF 119 V 474 consid. 4a; voir aussi RAMA 2000 n° U 406 p. 402 s. consid. 3, 2001 n° U 410 p. 73 s. consid. 3). Par contre, l'assureur-accidents n'est pas lié par l'évaluation de l'invalidité effectuée par l'assurance-invalidité, même si elle est entrée en force (VSI 2004 p. 188 consid. 5).

9. Dans sa décision sur opposition litigieuse, l'intimée a considéré que les séquelles de l'accident du 19 mai 2001 n'entraînaient pas d'incapacité de travail dans une activité ne nécessitant pas le port de charges moyennes à lourdes ni de sollicitations fréquentes du membre supérieur droit au-dessus du plan horizontal. Elle s'est fondée pour cela sur les conclusions du Dr C _____ du 8 octobre 2002, lequel se référait au rapport du Dr B _____ du 30 août 2002. Dans ses diverses écritures, le recourant conteste la position de l'intimée en lui reprochant de ne pas avoir tenu compte que son rendement dans une activité adaptée n'est pas entier, mais de 60%.

La thèse du recourant repose sur le résultat des diverses mesures d'observation auxquelles l'OCAI a procédé postérieurement à la décision sur opposition de l'intimée. Or, selon la jurisprudence, le Tribunal apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 366 consid. 1b). De plus, l'intimée a fixé l'invalidité de l'assuré avant que l'OCAI procédât à sa propre évaluation. On ne saurait donc considérer qu'il existait, au moment où la SUVA a rendu sa décision sur opposition litigieuse, une évaluation entérinée par une décision de l'OCAI, entrée en force. On peut constater cependant que les résultats de la comparaison des gains par la SUVA (29%) sont proches de ceux obtenus par l'OCAI (28%). Cela étant, il y a lieu d'examiner si celle-ci était fondée, sur le vu des données médicales réunies au dossier, à admettre une capacité de travail entière dans une activité adaptée.

En l'espèce, dans son rapport du 8 octobre 2002, le Dr C_____ a pris en considération les plaintes du recourant mentionnant des douleurs à l'effort, notamment lors du levage de charges ou lorsque l'assuré essaie de dépasser l'horizontale. Lors de l'examen clinique de l'épaule droite, il a constaté une limitation de l'abduction/antépulsion à 90° et une réduction des rotations. Il a également tenu compte de l'anamnèse et des conclusions de la Clinique romande de réadaptation du 30 août 2002 ayant constaté l'impossibilité d'exécuter un travail au-dessus des épaules et de porter des charges lourdes. Sur la base de ces divers éléments, il a conclu à la stabilisation de l'état dans le cadre d'une périarthrite scapulo-humérale moyenne à grave et à la possibilité de mettre en pratique une capacité de travail à plein temps et à plein rendement dans une activité adaptée, à savoir ne demandant ni de dépasser l'horizontale avec le membre supérieur droit, ni de porter des charges moyennes à lourdes.

En définitive, ce rapport répond aux exigences jurisprudentielles permettant de lui reconnaître pleine valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c). En effet, le rapport se fonde sur des examens complets ainsi que sur une observation de vingt-cinq jours à la Clinique romande de réadaptation et prend en considération les plaintes exprimées par le recourant. Il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse et du dossier médical. La description du contexte médical ainsi que l'appréciation de la situation médicale sont claires et les conclusions sont dûment motivées.

Le recourant soutient qu'il ne peut procéder à aucune tâche répétitive en se référant à l'attestation du Dr A_____ du 18 août 2003 et que, selon la plupart des médecins ayant pris position, son rendement est diminué en raison de son affection de l'épaule.

L'attestation du Dr A_____ est postérieure à la décision sur opposition de l'intimée et émane du médecin-traitant du recourant. Elle ne fait pas état d'une aggravation de l'état de l'épaule droite du recourant, de sorte qu'elle procède d'une

appréciation divergente de celle des médecins de la SUVA. Or, en ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc). Dans le présent cas, cette différence d'appréciation pourrait résulter précisément de l'inclination du médecin-traitant, en cas de doute, à prendre parti pour son patient, de sorte que son avis n'est pas de nature à remettre en cause l'évaluation du Dr C _____. Au demeurant, ladite attestation n'est pas suffisamment motivée pour qu'une valeur probante lui soit reconnue.

Contrairement à que prétend le recourant, seul le Dr C _____ a pris position de façon circonstanciée sur sa capacité résiduelle de travail, avant la décision sur opposition du 4 juin 2003. Par la suite, dans son rapport du 5 novembre 2003, rédigé dix-sept mois après ladite décision, le Dr D _____ a indiqué, d'une part, que l'assuré avait un rendement minimum de 60% dans une activité adaptée, à savoir sans activités répétitives ou entraînant des vibrations, d'autre part, que ce rendement pouvait être plus élevé selon les activités proposées et le réentraînement. Ce rapport contient des conclusions difficilement utilisables en tant qu'il admet un rendement de 60% dans une activité adaptée et qu'en même temps il reconnaît qu'il s'agit d'un taux minimum qui peut être plus élevé selon l'activité exercée. En effet, ce faisant, le Dr D _____ ne se prononce pas sur la capacité de travail du recourant raisonnablement exigible en vertu de son obligation de diminuer le dommage (ATF 129 V 463). Par ailleurs, il n'explique pas pourquoi il considère que le recourant ne peut pas exercer des activités répétitives ou entraînant des vibrations, alors que, près de deux ans auparavant et sans qu'une aggravation de l'état de santé ne soit invoquée, les médecins de la Clinique romande de réadaptation n'ont pas conclu à de telles limitations, bien qu'ils aient eu la possibilité pendant un séjour de vingt-cinq jours de se faire une idée précise des activités non réalisables par le recourant. Quant aux conclusions des Drs F _____ du 28 mars 2003 et E _____ du 10 février 2004, elles confirment celles du Dr C _____ en tant qu'elles admettent également une capacité raisonnablement exigible d'environ 100%.

Pour leur part, les conclusions des divers stages d'observation professionnelle effectués dans le cadre de l'assurance-invalidité, ne sont d'aucun secours. En effet, elles auraient dû permettre de connaître avec plus de précision le rendement exigible du recourant dans un emploi adapté en tenant compte des limitations de travail tant théoriques que pratiques. Or, elles sont contradictoires. En effet, le rapport COPAI du 3 novembre 2003 conclut à une capacité résiduelle de travail de 60% dans des activités telles qu'employé d'un magasin de location de machines ou d'équipement de chantier, chauffeur-livreur dans les livraisons légères et opérateur sur machine. Dans la partie de leur rapport relative à l'appréciation des capacités physiques, les maîtres de stage relèvent que le stagiaire a montré les signes d'une

baisse générale de résistance dans les activités répétitives et précisent que, dans les activités qui ne sollicitent pas le membre supérieur droit de manière répétitive ou en hauteur, l'assuré n'a pas montré de signe de fatigue particulier. Bien que les maîtres de stage n'expliquent d'aucune façon pourquoi ils concluent à une capacité résiduelle de travail de 60%, leurs considérations relatives à la baisse de résistance du recourant permettent de comprendre que cette diminution de rendement est justifiée par la fatigue due à l'utilisation répétitive du membre supérieur droit. Dans la mesure où leurs conclusions retiennent, d'une part, que, dans une activité adaptée, le rendement du recourant est de 60% et, d'autre part, qu'une activité adaptée est une activité ne sollicitant pas de manière répétitive le membre supérieur droit, elles prennent en considération doublement la limitation consécutive aux mouvements répétitifs du membre supérieur droit, une fois pour déterminer les activités adaptées au handicap et une autre fois pour apprécier le rendement du recourant. En conséquence, elles ne sont pas fiables et une force probante ne peut pas leur être reconnue. Par ailleurs, selon la jurisprudence de telles appréciations ne peuvent pas supplanter l'appréciation dûment motivée du Dr C_____ (ATFA du 11 juillet 2005, déjà cité).

En conséquence, il n'existe aucun élément susceptible de mettre sérieusement en doute les conclusions du rapport du Dr C_____ du 8 octobre 2002, de sorte qu'il n'y a pas lieu de s'en écarter. C'est ainsi à juste titre que l'intimée a retenu que le rendement du recourant dans une activité adaptée n'est pas diminué et que l'assuré dispose d'une capacité résiduelle de travail raisonnablement exigible de 100% dans une telle activité.

10. La SUVA a comparé le revenu sans invalidité de 62'160 fr. (5'180 fr. par mois) - non contesté - à un revenu d'invalidité de l'ordre de 44'400 fr. (3'700 fr. par mois), montant correspondant à la moyenne des salaires ressortant de cinq DPT n'exigeant que des travaux légers et le port de charges légères (comprises entre 5 et 10 kilos). Selon la jurisprudence (ATF 129 V 472 ss), la détermination du revenu d'invalidité 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'invalidité est déterminé sur la base des DPT, une réduction de salaire, eu égard au système même des DPT, n'est ni justifié ni admissible.

En l'espèce, l'intimée n'a pas communiqué à l'assuré le nombre total des postes de travail pouvant entrer en considération d'après le type de handicap, ainsi que le salaire le plus haut, le salaire le plus bas et le salaire moyen du groupe auquel il est fait référence. Cependant, de son côté, l'assuré n'a pas soulevé d'objections quant au choix et à la représentativité de ces DPT durant la procédure d'opposition, comme l'exige la jurisprudence (ATF 129 V 472 ss). Quoi qu'il en soit, on n'aboutit pas à un résultat plus favorable à l'assuré en se fondant sur les données statistiques, telles

qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (cf. ATF 126 V 76 s. consid. 3b/aa et bb; VSI 2002 p. 68 consid. 3b).

Le revenu sans invalidité s'évalue, en règle générale, d'après le dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des circonstances à l'époque où est né le droit à la rente (cf. ATF 129 V 222 consid. 4). Est déterminant lors de la comparaison des revenus au sens de l'art. 18 al. 2 LAA le moment de l'ouverture du droit à une éventuelle rente et non celui de la décision sur opposition. L'assureur-accidents est cependant tenu, avant de se prononcer sur le droit à une prestation, d'examiner si aucune modification significative des données hypothétiques déterminantes n'est intervenue durant la période postérieure à l'ouverture du droit. Dans ce cas, il lui incombe de procéder à une nouvelle comparaison des revenus avant de rendre sa décision (ATF 128 V 174 consid. 4a; cf. aussi ATF 129 V 222).

Dans le présent litige, selon la jurisprudence susmentionnée, il y a lieu de déterminer le revenu d'invalidé pour l'année 2002. En effet, l'intimée a mis un terme au versement de l'indemnité journalière dès le 1^{er} novembre 2002 et, à dire de médecin, il n'y a plus aucun traitement susceptible d'apporter une amélioration de l'état de l'épaule dès cette date (cf. art. 19 al. 1 LAA) de sorte que le droit à la rente débute dès le 1^{er} novembre 2002. Compte tenu de l'activité légère de substitution que pourrait exercer le recourant, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé, à savoir 4'557 fr. par mois en 2002 (Enquête suisse sur la structure des salaires 2002, tableau 1; niveau de qualification 4). Etant donné que les salaires bruts standardisés sont fondés sur un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2002 (41,7 heures; La Vie économique, 7/8 2005, p. 98, tableau B 9.2), le revenu d'invalidé s'élève à 4'750 fr. par mois ($4'557 \times 41,7 : 40$), respectivement à 57'000 fr. par année.

Même si on admet un abattement généreux de 20% afin de tenir compte de l'âge du recourant, de ses limitations fonctionnelles et de son ancienneté de service (cf. ATF 126 V 78 consid. 5), le revenu d'invalidé s'élève à 45'600 fr ($57'000 - 11'400$). En prenant en considération le revenu de valide communiqué par l'employeur de 62'160 fr. en 2002, le taux d'invalidité est de 27% ($62'160 - 45'600 : 62'160 \times 100$). La SUVA a fixé le taux d'invalidité à 29%, qui est légèrement plus favorable au recourant que le taux ci-dessus, en établissant le revenu d'invalidé sur la base des DPT et non pas sur celle des salaires statistiques. En définitive, le taux d'invalidité retenu par l'intimée n'apparaît ni contraire au droit ni inapproprié.

11. Celui qui, par suite d'un accident assuré, souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique ou mentale a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité, sous forme de prestation en capital; celle-ci est fixée en fonction de la

gravité de l'atteinte et s'apprécie d'après les constatations médicales (cf. art. 24 al. 1 et 25 al. 1 LAA). 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 (ATF 113 V 218 consid. 4; W. GILD et H. ZOLLINGER, Die Integritätentschädigung 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'annexe 3 à l'OLAA 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, 210 consid. 4a/bb 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 qu'en cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence, aucune indemnité n'étant toutefois versée dans les cas pour lesquels un taux inférieur à 5% du montant maximum du gain assuré serait appliqué. A cette fin, la division médicale de la CNA a établi des tables complémentaires comportant des valeurs indicatives destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés. Ces tables émanant de l'administration ne constituent pas une source de droit et ne lient pas le juge, mais sont néanmoins compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 124 V 32 consid. 1c, 211 consid. 4a/cc, 116 V 157 consid. 3a).

12. En l'espèce, l'intimée a fixé l'atteinte à l'intégrité à 15%, en se référant aux conclusions du Dr C_____ du 8 octobre 2002. Le recourant soutient, pour sa part, qu'il n'est plus du tout en mesure de travailler avec son bras droit ce qui justifierait une atteinte de 30% à son intégrité physique.

Se fondant sur la table 1 concernant l'atteinte à l'intégrité pour les troubles fonctionnels du membre supérieur, le Dr C_____ a estimé que l'assuré présente une limitation de la mobilité à l'horizontale en abduction et antépulsion ainsi qu'une réduction des rotations. Il a considéré que la périarthrite scapulo-humérale est moyenne à grave avec limitation de la mobilité jusqu'à l'horizontale ce qui justifiait de fixer le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à 15%.

Compte tenu de l'examen radiologique effectué le 4 juillet 2002 qui a révélé un début d'omarthrose avec ostéophytose de la glène et a donc confirmé l'appréciation du Dr C_____, on ne voit pas de motif sérieux de s'écarter de l'estimation du médecin de la SUVA. En effet, selon la table 1, une périarthrite scapulo-humérale

moyenne représente une atteinte à l'intégrité de 10%, alors que, quand elle est qualifiée de grave, l'atteinte à l'intégrité est évaluée à 25%. Puisque le Dr C_____ a retenu une périarthrite scapulo-humérale moyenne à grave, il était légitimé à fixer le taux de l'atteinte à l'intégrité entre 15% et 20%. Etant donné que l'omarthrose est qualifiée de débutante et que le recourant n'éprouve pas de douleurs au repos, il faut admettre que la périarthrite scapulo-humérale est plutôt moyenne que grave et donc que le taux de l'atteinte à l'intégrité se situe davantage à 15% qu'à 20%. Sur cette question, dans un cas semblable, le Tribunal fédéral des assurances a confirmé que la limitation de la mobilité de l'épaule jusqu'à l'horizontale équivaut à une atteinte à l'intégrité de 15% (ATFA non publié du 23 juin 2002, U 192/02 consid. 5).

Au demeurant, l'argument du recourant, selon lequel il n'est plus en mesure de travailler avec le bras droit ne peut pas être pris en considération dans le cadre de l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité. En effet, d'une part, on ne tient pas compte des empêchements propres à l'assuré pour l'appréciation du dommage à l'intégrité, d'autre part, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité n'a pas pour fonction de compenser l'incapacité de travail mais s'apparente à la réparation du tort moral bien qu'elle ne tienne pas compte d'éventuelle circonstances propres à l'assuré (ATF 113 V 218). Enfin, étant donné que le taux de l'atteinte à l'intégrité est déterminé uniquement en fonction des constatations médicales et que le recourant ne produit aucun rapport médical rendant plausible une mauvaise appréciation du Dr C_____, son recours doit être rejeté sur ce point également.

13. Au vu de ce qui précède, le recours s'avère mal fondé.

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 :

Pierre RIES

Isabelle DUBOIS

Le secrétaire-juriste : Philippe LE GRAND ROY

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