RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2212/2003 **ATAS/424/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 2

du 9 mai 2006

En la cause

Monsieur V_____, représenté par Monsieur A_____ de l'HOSPICE GENERAL, en les bureau duquel il élit domicile	recourant

contre

ALBA ASSURANCE, St. Alban Anlage 56, 4006 BALE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Jacques COUYOUMDJELIS	intimée

EN FAIT

Siégeant : Madame Isabelle DUBOIS, Présidente, Mesdame Doris WANGELER et Juliana BALDE, Juges

1. Monsieur V_____, né en 1951 et ressortissant espagnol au bénéfice d'un permis C, a travaillé en qualité de chauffeur poids-lourds pour le compte de l'entreprise BARGOSA SA à Carouge dès le 1er mai 1990. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non-professionnels auprès de l'ALBA ASSURANCE (ci-après : ALBA).

2. Le 11 juin 2001, une caisse de melons qu'il était en train de saisir au marché de gros est tombée sur son épaule droite.

3. Le 14 juin 2001, il a consulté le Dr B_____, généraliste.

4. En septembre 2001, la douleur étant trop forte, il a de nouveau consulté le Dr B_____ qui a attesté une incapacité entière de travail dès le 3 septembre 2001 et a fait procéder à des examens radiologiques.

   L'IRM de l'épaule droite pratiquée le 13 septembre 2001 a révélé une déchirure de toute la largeur du tendon sus-épineux sur trois centimètres de longueur, avec rétractation tendineuse à l'aplomb de la tête humérale, et une arthrose acromio-claviculaire.

5. Le 21 septembre 2001, l'employeur a annoncé l'accident à l'ALBA et a mentionné un salaire mensuel de 4'500 fr. versé treize fois.

6. Après un traitement conservateur, l'assuré a été adressé au Dr C_____, chirurgien orthopédiste, qui a procédé, le 18 octobre 2001, à une suture de la coiffe et à une acromioplastie de l'épaule droite.

   Dans son rapport du 13 décembre 2001, le Dr C_____ a indiqué qu'il avait instauré de la physiothérapie et avait prévu un traitement post-opératoire de neuf à douze mois. Puis, dans son rapport du 28 mai 2002, il a fait état d'une évolution défavorable avec une persistance de limitation fonctionnelle et de douleurs. Il a pronostiqué un dommage permanent sous forme de diminution de la force et de la mobilité de l'épaule droite.

7. En raison de douleurs du membre supérieur droit et de paresthésies intermittentes des trois derniers doigts de la main droite, l'assuré a consulté le Dr D_____, neurologue, qui a procédé, le 19 juillet 2002, à une électromyographie du membre supérieur droit ne démontrant aucune atteinte neurologique.

8. Le 31 juillet 2002, l'assuré a présenté une demande de prestations de l'assurance-invalidité tendant à des mesures de réadaptation professionnelle.

9. Dans son rapport du 20 août 2002 à l'attention de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après : OCAI), le Dr C_____ a mentionné que l'assuré présentait des capacités fonctionnelles dans tous les domaines sauf pour l'utilisation du bras droit qui était limitée en fonction de la force, pour lever,

porter ou déplacer des charges de plus de deux kilos, effectuer des mouvements répétitifs avec le bras droit et travailler en hauteur ou sur une échelle. Dans l'annexe audit rapport, il a considéré comme exigible de la part de l'assuré d'exercer une autre activité ne nécessitant pas l'usage en charge du bras droit. Il a toutefois précisé qu'il fallait s'attendre à une diminution de rendement eu égard aux douleurs existantes.

10. En raison d'une restructuration, l'employeur a résilié le contrat de travail avec effet au 31 décembre 2002.

11. Dans son rapport médical du 17 décembre 2002, le Dr C_____ a indiqué qu'une reconversion de l'assuré dans la manutention légère ou comme portier ou concierge dans un établissement public n'était vraisemblablement pas possible car le patient ne parlait pas correctement le français et que sa motivation à une reprise du travail était très moyenne. Il a également estimé que l'état de santé était stabilisé.

12. Le 17 décembre 2002, l'ALBA a confié un mandat d'expertise au Dr E_____, chirurgien orthopédique, qui a examiné l'assuré le 30 janvier 2003, lequel se plaignait de douleurs permanentes à l'épaule droite irradiant de façon variable sur le côté droit de la nuque et dans le bras droit, du coude à la pointe des doigts, avec sensations intermittentes de piqûres douloureuses dans les cinq doigts. Dans son rapport du 4 février 2003, l'expert a mentionné une diminution de la mobilité de l'épaule droite d'environ un quart par rapport à la gauche et a fait état de douleurs à la pression sur les points latéraux des deux premières vertèbres dorsales. Il a diagnostiqué des séquelles de distorsion de l'épaule droite ayant entraîné une rupture de la coiffe des rotateurs, un status après acromioplastie et suture de la coiffe. Il a expliqué que ces séquelles consistaient en d'importantes douleurs avec limitation fonctionnelle de l'épaule droite, notamment pour les mouvements de flexion (125°) et d'abduction du bras (115°). Il a conclu à l'impossibilité pour l'assuré de reprendre son activité de chauffeur-livreur, mais à sa capacité d'exercer une activité légère ne nécessitant pas d'effort avec le bras droit, au plus tard dès le 1er mars 2003. Il a précisé que, dans une telle activité, sa capacité de travail pourrait être totale après une période de recyclage et qu'il devait s'adresser à l'assurance-invalidité pour une réorientation professionnelle, respectivement pour l'apprentissage d'une activité légère. Il a estimé qu'il existait toute une panoplie d'activités compatibles avec l'état de son épaule droite, à savoir concierge sans travaux lourds, surveillant d'un établissement public, etc. Enfin, il a estimé que le taux de l'atteinte à l'intégrité était de 25% et qu'il correspondait à celui d'une périarthrite scapulo-humérale grave.

13. Par courrier du 5 février 2003, l'ALBA a informé l'assuré qu'elle mettait un terme au versement de l'indemnité journalière dès le 1er mars 2003, estimant que, dès cette date, il était en mesure d'exercer à 100% une activité professionnelle adaptée.

14. Par décision du 15 juillet 2003, l'ALBA a fixé l'atteinte à l'intégrité à 25%, a alloué à l'assuré une indemnité à ce titre de 26'700 fr. et a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité.

15. Le 5 août 2003, l'assuré a formé opposition contre ladite décision. Il a conclu à l'annulation de la décision et à l'ajournement de toute notification de décision tant que l'OCAI n'avait pas statué définitivement. Il a contesté le taux de l'atteinte à l'intégrité et a souligné que l'ALBA n'était pas en mesure de refuser une rente d'invalidité dès lors que l'OCAI n'avait pas mené à terme les mesures de réadaptation professionnelle.

16. Par décision sur opposition du 8 septembre 2003, l'ALBA a rejeté l'opposition. Elle a constaté que tant le médecin-traitant que l'expert s'accordaient sur le taux de l'atteinte à l'intégrité. Elle a considéré que de nombreuses activités étaient compatibles avec l'état de santé de l'assuré telles que magasinier, livreur de pièces détachées dans un garage, livreur de pharmacie/fleuriste, monteur de pièces électroniques en fabrique, service de circulation sur chantiers, portier dans une usine ou un complexe industriel, soit des emplois qui ne demandaient pas de réelle réorientation professionnelle. Elle a estimé que l'octroi par l'assurance-chômage d'une pleine indemnité journalière confirmait que l'assuré pouvait travailler à 100%.

17. Par écriture du 14 novembre 2003, l'assuré a formé recours devant le Tribunal cantonal des assurances sociales contre ladite décision sur opposition. Il conclut à l'annulation de la décision sur opposition en tant qu'elle nie son droit à une rente d'invalidité et à la condamnation de l'intimée à surseoir à toute notification de décision relative à une rente d'invalidité tant que l'assurance-invalidité n'a pas statué définitivement. A l'appui de ses conclusions, il reprend les mêmes arguments que ceux déjà invoqués en procédure d'opposition.

18. L'OCAI a pris en charge une mesure d'observation professionnelle auprès du Centre d'intégration professionnelle (ci-après : CIP) du 22 septembre au 21 décembre 2003. Toutefois, le 7 octobre 2003, le recourant a interrompu son stage en raison d'une aggravation des douleurs. Dans leur rapport du 18 novembre 2003, les maîtres de réadaptation ont considéré comme impossible de tirer des conclusions définitives utilisables concernant la capacité de travail du recourant et ses orientations professionnelles éventuelles en raison de son attitude fixée sur son atteinte et de la courte durée de l'observation (11 jours). Concernant les capacités physiques, ledit rapport a fait état de déplacements sans boiterie, d'une position assise pendant 1h30 puis d'une alternance de position avec la position debout pendant 15 à 30 minutes, d'une position penchée sans aucune difficulté, d'une impossibilité de déplacer des charges avec le membre supérieur droit, d'une limitation de la mobilité du bras et de la main droits due à un manque de maîtrise, de force et d'endurance. Les maîtres de réadaptation ont estimé le rendement de l'assuré à 30-35% dans les travaux de montage de platines électriques et de conditionnement de la petite visserie. Dans son rapport du 5 décembre 2003, le CIP a considéré que les compétences sociales du

recourant en matière de reclassement professionnel étaient celles d'un exécutant et qu'on ne pouvait pas s'attendre à une évolution vers un domaine autre que manuel ou de service simple. Il a précisé que le recourant est droitier et qu'à la suite de son atteinte de l'épaule droite, il était devenu quasiment mono manuel du membre supérieur gauche. Il a jugé utile que l'assuré soit orienté en direction d'ateliers protégés.

19. Dans son rapport du 17 novembre 2003, le Dr F_____, médecin-conseil de l'OCAI, a indiqué que l'épaule droite du recourant avait gardé une certaine mobilité même si l'assuré ne paraissait pas trop l'utiliser. En outre, il a estimé incohérent que le rapport du CIP considérât, d'une part, l'assuré comme mono manuel et, d'autre part, comme ne pouvant travailler qu'en atelier protégé.

20. Dans sa réponse du 20 janvier 2004, l'intimée a conclu à ce qu'il lui soit donné acte qu'il n'y avait pas matière à se prononcer sur la question d'une éventuelle rente d'invalidité tant que toutes les mesures instituées par l'OCAI n'avaient pas été menées à terme. Elle a relevé qu'à dire d'expert, la capacité de travail du recourant pourrait être totale s'il obtenait un travail léger ne nécessitant pas d'efforts avec le bras droit. Elle a considéré que, puisque l'OCAI n'avait pas encore pris de décision, il n'y avait pas matière à tenir le recourant pour invalide.

21. Le Tribunal a ordonné une comparution personnelle des parties qui a eu lieu le 9 mars 2004. Lors de cette audience, les parties ont convenu de suspendre la cause jusqu'à décision définitive de l'OCAI sur le taux d'invalidité, ce qui fut fait par arrêt du 16 mars 2004.

22. Par décision du 7 avril 2004, l'OCAI a estimé que le recourant pouvait exercer une activité d'ouvrier à l'établi dans l'industrie légère à raison de 50%. Il a fixé le degré d'invalidité à 67% dès le 11 juin 2002 et lui a alloué une rente entière simple d'invalidité dès le 1er juin 2002.

23. Le 4 juin 2004, le recourant a sollicité la reprise de la cause et a transmis au Tribunal de céans une copie de ladite décision, en précisant qu'elle était devenue définitive et exécutoire. Il a conclu à l'octroi d'une rente d'invalidité de 67% dès le 1er mars 2003, soit une rente mensuelle de 2'613 fr.

24. Par ordonnance du 9 juin 2004, le Tribunal a ordonné la reprise de l'instance et une comparution des mandataires.

25. Le 19 août 2004, il a également requis l'apport à la procédure du dossier de l'OCAI.

26. Le 17 septembre 2004, l'intimée a demandé à l'OCAI de lui notifier sa décision du 7 avril 2004.

27. La comparution des mandataires a eu lieu le 21 septembre 2004. Il a été convenu d'une nouvelle suspension d'instance dans l'attente du traitement par l'OCAI de l'opposition de l'intimée.

28. Par arrêt du 5 octobre 2004, le Tribunal de céans a suspendu l'instance, a invité l'intimée à lui communiquer tout fait nouveau relatif à sa contestation de la décision de l'OCAI et a réservé la suite de la procédure.

29. Par courrier du 17 décembre 2004, l'OCAI a considéré la correspondance de l'intimée du 17 septembre 2004 comme une opposition.

30. Par décision sur opposition du 14 avril 2005, l'OCAI a déclaré irrecevable l'opposition de l'intimée. Il a considéré qu'une décision de l'assurance-invalidité fixant le droit à la rente, respectivement le taux d'invalidité, ne pouvait pas obliger l'assureur-accidents de sorte que ladite décision ne lui causait pas de préjudice concret direct et qu'il n'avait pas la qualité pour former opposition.

31. Le 7 juillet 2005, le recourant a transmis cette décision sur opposition au Tribunal de céans et a demandé la reprise de la procédure. Il a précisé qu'il persistait dans ses conclusions.

32. Par ordonnance du 15 juillet 2005, le Tribunal a ordonné la reprise de l'instance et une comparution des mandataires qui a eu lieu le 4 octobre 2005. Lors de cette audience, le mandataire de l'intimée a déclaré refuser d'appliquer le taux d'invalidité retenu par l'OCAI, et les parties ont demandé qu'une comparution personnelle des parties soit ordonnée.

33. Lors de l'audience de comparution personnelle des parties du 13 décembre 2005, l'intimée a demandé à pouvoir déposer des dernières conclusions. Le Tribunal a accédé à cette requête en ordonnant un ultime échange d'écritures.

34. Dans son écriture du 9 janvier 2006, l'intimée a confirmé ses précédentes conclusions et, en plus, a conclu à ce que le Tribunal ordonnât l'apport du dossier de l'OCAI. Elle a considéré ne pas être liée par la décision d'octroi de rente de l'OCAI dans la mesure où celui-ci s'était basé sur un dossier incomplet dont il avait hâtivement clos l'instruction, alors que le recourant était en mesure d'exercer une activité de surveillant de jour ou de nuit de sites protégés, de mettre en place des objets légers et des denrées alimentaires sur des rayons de grands magasins, enfin d'exercer de petits travaux d'atelier.

35. Dans son écriture du 31 janvier 2006, le recourant a persisté dans ses conclusions du 4 juin 2004. Il a estimé que les conditions posées par la jurisprudence pour admettre une évaluation divergente du taux d'invalidité entre l'assureur-accidents et l'assurance-invalidité n'étaient pas réalisées, dans la mesure où l'intimée n'avait pas mené d'investigation propres autres que l'évaluation de la capacité de travail par le Dr E_____ qui ne conduisait pas à une appréciation de l'invalidité différente de celle de l'OCAI, dans la mesure où ce médecin n'avait pas pris en considération une diminution de son rendement ou de sa capacité de travail. De plus, il a relevé que l'appréciation de l'invalidité faite par l'OCAI tenait compte de la répercussion

de ses limitations fonctionnelles sur son aptitude au travail ce que seule une observation professionnelle était en mesure d'évaluer.

36. Par ordonnance du 7 février 2006, le Tribunal a ordonné à nouveau l'apport à la procédure du dossier de l'OCAI, puis, le 17 février 2006, il a donné la possibilité aux parties de consulter ledit dossier à son greffe et de faire part de leurs observations.

37. Seule l'intimée a fait usage de cette possibilité, par écritures du 15 mars 2006, dans laquelle, elle a relevé que les explications du médecin traitant justifiant l'incapacité de travail totale dès le 7 octobre 2003 étaient lacunaires et que l'OCAI aurait dû procéder à des examens médicaux complémentaires pour pouvoir statuer sur des mesures de réadaptation professionnelle.

38. Le 22 mars 2006, le Tribunal a communiqué cette écriture au recourant et a 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'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 1er janvier 2003 entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 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 1er mars 2003, à savoir à une date postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA. En conséquence, sur le plan matériel, cette dernière s'applique au présent litige. Les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi, de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3). Quant aux règles de procédure, elles s'appliquent, 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 8 septembre 2003 et qu'elle a été reçue au plus tôt le lendemain, le recours du 14 novembre 2003 a été formé en temps utile dans le délai courant du 10 septembre 2003 au 9 décembre 2003. 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 l'évaluation de l'invalidité du recourant et en particulier sur son droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents dès le 1er mars 2003.

6. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 18 al. 1 LAA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

7. Le Tribunal fédéral des assurances a posé le principe que l'uniformité de la notion d'invalidité, qui doit conduire à fixer pour une même atteinte à la santé un même taux d'invalidité, règle la coordination de l'évaluation de l'invalidité en droit des assurances sociales (ATF 126 V 288 = VSI 2001 p. 82 ss. consid. 2d, 3 et 4). Dans ces trois domaines, elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé assurée, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entre en ligne de compte pour l'assuré. La définition de l'invalidité est désormais inscrite dans la loi à l'art. 8 al. 1 LPGA (ATFA non publié du 24

mars 2004, U 288/03, consid. 5.1). Cela signifie que l'assurance-invalidité, l'assurance-accidents et l'assurance militaire doivent non seulement procéder séparément à la fixation du taux d'invalidité de l'assuré, mais également tenir compte d'évaluations de l'invalidité entrées en force. En conséquence, s'agissant de la coordination de l'évaluation de l'invalidité de l'assurance-invalidité et de l'assurance-accidents, l'assurance-invalidité est liée, en principe, par l'évaluation de l'invalidité de l'assurance-accidents passée en force. Elle ne saurait s'en écarter qu'à titre exceptionnel et seulement s'il existe de solides raisons. Il ne suffit donc pas qu'une appréciation divergente soit soutenable, voire même équivalente (ATFA non publié du 16 mars 2001, U 259/00, consid. 5a). Toutefois, il convient de s'écarter d'une telle évaluation lorsqu'elle repose sur une erreur de droit ou sur une appréciation insoutenable (ATF 119 V 471 consid. 2b) ou encore lorsqu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec l'assuré (ATF 112 V 175 ss consid. 2a). A ces motifs de divergence déjà reconnus antérieurement par la jurisprudence, il faut ajouter des mesures d'instruction extrêmement limitées et superficielles, ainsi qu'une évaluation pas du tout convaincante ou entachée d'inobjectivité (ATF 126 V 288 consid. 2d; RAMA 2000 n° U 406 p. 402 consid. 3).

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

8. 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 expri-

mées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a).

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

De plus, le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 ss consid. 3b/ee; ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

9. Le recourant soutient qu'il a droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents du même taux que celui reconnu par l'assurance-invalidité, soit de 67% dès le 1er mars 2003. Autrement dit, il considère que l'intimée est liée par l'appréciation de l'invalidité faite par l'OCAI. Par ailleurs, il conteste l'évaluation de sa capacité de travail raisonnablement exigible effectuée par le Dr E_____, dans la mesure où l'expert n'a pas tenu compte d'une diminution de rendement ou d'une capacité partielle de travail. Il relève, en outre, que l'intimée a insuffisamment instruit son dossier, car seule une observation professionnelle était en mesure d'évaluer la répercussion de ses limitations fonctionnelles sur son aptitude au travail.

Pour sa part, l'intimée considère qu'elle n'est pas liée par l'appréciation de l'invalidité à laquelle l'assurance invalidité a procédé, car celle-ci s'est basée sur un dossier incomplet, sans avoir élucidé les raisons médicales qui ont justifié l'interruption du stage, alors que le recourant est en mesure d'exercer à 100% une activité professionnelle adaptée telle que surveillance de jour ou de nuit de sites protégés, mise en place d'objets légers et de denrées alimentaires sur des rayons de grands magasins, exercice de petits travaux d'atelier.

En l'espèce, la décision sur opposition de l'assurance-accidents du 8 septembre 2003 refusant une rente d'invalidité est antérieure de sept mois à la décision de l'assurance-invalidité du 7 avril 2004 allouant au recourant une rente entière simple d'invalidité dès le 1er juin 2002 en fonction d'un degré d'invalidité de 67%. Toutefois, étant donné que la décision de l'assurance-invalidité est entrée en force, durant la procédure de recours, elle doit, conformément à la jurisprudence, être prise en considération par le Tribunal de céans pour la résolution du présent litige.

En définitive, il convient de déterminer si l'intimée est liée par l'appréciation de l'invalidité réalisée par l'assurance-invalidité et si, dans une activité adaptée, un taux d'activité ou un rendement de 100% sont exigibles de la part du recourant. Ces deux questions sont intimement liées, dans la mesure où c'est en déterminant le taux d'activité exigible de l'assuré, respectivement son rendement, que l'on pourra juger si l'appréciation de l'assurance-invalidité était insoutenable, autorisant de ce fait l'assureur-accidents à s'en écarter.

10. En l'espèce, à la suite de l'échec au bout de onze jour du stage d'observation professionnelle mis sur pied par l'OCAI, le rapport du CIP du 5 décembre 2003 relève expressément que le rapport des maîtres de réadaptation du 18 novembre 2003 ne permet pas de tirer de conclusions professionnelles utilisables, l'évaluation étant insuffisante pour pouvoir déterminer objectivement la capacité résiduelle de travail que l'assuré pourrait mettre en valeur. En conséquence, il ressort clairement de ce rapport que le stage n'a pas permis d'apprécier la capacité de travail raisonnablement exigible du recourant.

Dans sa note du 17 décembre 2003, le Dr F_____ a rappelé que deux médecins estimaient qu'une activité adaptée était possible malgré l'atteinte de l'épaule droite. Il a précisé que cette articulation avait gardé une certaine mobilité. Il a fait demander au médecin traitant si l'état de santé s'était modifié par rapport à 2002 et s'il existait une atrophie du membre supérieur droit. Dans son rapport du 12 janvier 2004, le Dr C_____ ne s'est pas prononcé sur l'existence d'une aggravation. Il a relevé une persistance de douleurs sans signes de rechute de la rupture. Il a fait état d'une atrophie modérée du membre supérieur droit. Dans sa note du 26 janvier 2004, le Dr F_____ a estimé qu'une trop grande sollicitation de l'épaule droite pouvait expliquer la présence de douleurs voire d'exaspérations. Il a estimé que l'assuré avait une capacité de travail raisonnablement exigible de 25 à 100% suivant les contraintes. Dans son rapport de fin d'examen, la Division de réadaptation professionnelle de l'OCAI a procédé à l'évaluation de l'invalidité du recourant en comparant le revenu sans invalidité de 69'381 fr. avec un revenu d'invalide de 22'645 fr. basé sur le salaire pouvant être obtenu à 50% dans l'industrie légère selon les données salariales publiées par l'Office fédéral de la statistique, après abattement de 25% pour tenir compte du statut de mono manuel du recourant, de sa scolarité élémentaire, de sa faible connaissance du français ainsi que du contexte familial et social.

Ces divers éléments ne permettent pas de comprendre sur quelle base l'OCAI a retenu une capacité résiduelle de travail de 50%. En effet, le rapport consécutif au stage de réadaptation professionnelle a clairement conclu à l'impossibilité d'évaluer en stage la capacité de travail raisonnablement exigible du recourant. Quant aux divers rapports tant du médecin-traitant que du médecin de l'OCAI, ils ne font nullement mention d'une quelconque capacité résiduelle de travail limitée à 50%. Or, 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. 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). Etant donné que l'OCAI ne s'est pas basé sur de telles données pour apprécier la capacité résiduelle de travail du recourant, force est de constater que l'invalidité évaluée par l'assurance-invalidité ne lie pas l'intimée.

11. Il y a lieu de déterminer si, dans sa décision sur opposition, l'intimée a retenu à juste titre que le recourant pouvait exercer une activité appropriée à 100% dès le 1er mars 2003. A l'appui de sa décision, elle invoque l'expertise du Dr E_____ et l'appréciation du Dr C_____ dans le cadre de la procédure en matière d'assurance-invalidité.

    En l'espèce, dans son rapport du 4 février 2003, le Dr E_____ a pris en considération les plaintes du recourant mentionnant des douleurs permanentes dans l'épaule droite avec irradiations variables sur le côté droit de la nuque, le coude droit et la pointe des doigts de la main droite. Lors de l'examen clinique de l'épaule droite, il a constaté une limitation de la flexion/extension, de l'abduction/adduction et une réduction des rotations. Il a également tenu compte de l'anamnèse et des rapports du Dr C_____ faisant état d'une permanence de limitation fonctionnelle et douloureuse. Sur la base de ces divers éléments, il a retenu l'existence de séquelles d'une rupture de la coiffe droite des rotateurs sous forme d'importantes douleurs avec limitation fonctionnelle de l'épaule droite, notamment pour les mouvements de flexion et d'abduction du bras. Il a considéré que le recourant était certainement capable, au plus tard dès le 1er mars 2003, d'exercer une activité légère telle que concierge sans travaux lourds, surveillant d'un établissement public, en précisant qu'il existait toute une panoplie d'activités compatibles avec l'état de son épaule droite. Il a expliqué que dans le cadre d'un travail léger ne nécessitant pas d'effort avec le bras droit, sa capacité de travail pourrait être totale après une période de recyclage.

    Ce rapport d'expertise se fonde sur un examen clinique et prend en considération les plaintes exprimées par le recourant. Il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse et du dossier médical, notamment après entretien téléphonique avec le Dr C_____. La description de la situation médicale et son appréciation sont

claires. L'expert s'est exprimé sur l'évolution de l'état de santé ainsi que sur la capacité de travail exigible et a dûment motivé son point de vue. En conséquence, il remplit toutes les conditions jurisprudentielles permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante (cf. ATF 125 V 352 consid. 3a et la référence).

Quant au Dr C_____, dans ses rapports du 20 août 2002 rédigés à l'attention de l'OCAI, il a posé un diagnostic de rupture du sus-épineux de l'épaule gauche (recte : droite) et a retenu des limitations fonctionnelles lors de l'utilisation du bras droit, en levant, portant ou déplaçant des charges de plus de deux kilos, lors des mouvements répétitifs avec le bras droit et lors du travail en hauteur ou sur une échelle. Il a estimé qu'on pouvait exiger de l'assuré qu'il exerçât une activité ne nécessitant pas l'usage en charge du bras droit, mais qu'il fallait s'attendre à une diminution de rendement eu égard aux douleurs existantes rendant impossible la charge du membre supérieur droit. Il n'a toutefois pas précisé la mesure de cette diminution de rendement.

En définitive, les diagnostics posés par les deux médecins et les limitations fonctionnelles qu'ils retiennent concordent pour l'essentiel puisqu'ils admettent tous deux que le recourant peut exercer un travail léger n'impliquant pas d'effort avec le bras droit. Seule l'appréciation du rendement diverge, le Dr C_____ estimant qu'il faut s'attendre à une diminution de rendement, alors que le Dr E_____ considère qu'après une période de recyclage, il ne devrait pas y avoir de diminution de la capacité de travail. Pour sa part, le Dr C_____ justifie une diminution de rendement par les douleurs dues à la charge du membre supérieur droit.

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). En l'espèce, la justification du médecin-traitant n'est pas convaincante car, sur le marché du travail entrant en considération pour l'assuré, on doit convenir qu'il existe un certain nombre d'activités qui ne nécessitent pas l'utilisation des deux mains, partant qui sont adaptées à son état de santé et dans lesquelles, précisément, le recourant est en mesure d'exercer son activité sans diminution de rendement. On peut ainsi évoquer des tâches simples de surveillance, de vérification ou de contrôle, ou d'autres qui consistent à approvisionner et à surveiller des machines ou des unités de production automatiques ou semi-automatiques (ATFA non publiés du 7 juin 2005, I 766/04, consid. 5.3 et du 2 février 2005, I 394/04, consid. 3.2 et les références). Au demeurant, dans son rapport du 17 novembre 2003, le Dr F_____ a précisé que le recourant avait gardé une certaine mobilité de l'épaule droite permettant une certaine utilisation du membre supérieur droit et a estimé que l'assuré avait une capacité de travail raisonnablement exigible de 25 à 100% suivant les contraintes. Son appréciation confirme que le recourant est en mesure d'utiliser son bras droit dans les activités n'impliquant pas de charges avec ce membre et que, dans une activité sans contraintes, sa capacité de travail raisonnablement exigible est entière.

Dès lors, il n'existe aucun élément susceptible de mettre sérieusement en doute les conclusions du rapport du Dr E_____ du 4 février 2003, de sorte qu'il n'y a pas lieu de s'en écarter. En définitive, conformément à son obligation de diminuer le dommage, le recourant est tenu d'atténuer par tous les moyens les effets de son invalidité en tirant parti de sa capacité de travail résiduelle, au besoin en changeant de profession (ATF 123 V 96 consid. 4c, 113 V 28 consid. 4a; ATFA non publié du 30 janvier 2003, I 606/02, consid. 2; MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG), ad art. 28 LAI, p. 221).

Le Tribunal relèvera encore que la capacité de travail entière admise par l'expert dans une activité légère ne nécessite pas un recyclage puisque, selon la jurisprudence, le salaire statistique est suffisamment représentatif de ce que le recourant serait en mesure de réaliser en tant qu'invalide dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (ATF 129 V 472). En conséquence, on peut admettre qu'il est en mesure de mettre en pratique sa capacité résiduelle de travail même sans recyclage.

En conséquence, l'intimée a retenu à juste titre 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. Toutefois, cette constatation n'implique pas encore que le recourant n'ait pas droit à une rente d'invalidité, dans la mesure où, d'une part, la notion légale de l'invalidité est avant tout économique (voir consid. 6 supra) et, d'autre part, une activité légère est en général moins bien rémunérée que celle de chauffeur poids-lourds exercée précédemment par le recourant. En conséquence, l'intimée ne pouvait pas s'épargner, comme elle l'a fait à tort, de comparer les revenus avant de refuser une rente d'invalidité.

12. 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 (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et 128 V 174). La rente d'invalidité s'élève à 80% du gain assuré (art. 20 al. 1 LAA). A teneur de l'art. 19 al. 1 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. Est en principe déterminant pour le calcul des rentes le salaire que l'assuré a gagné durant l'année qui a précédé l'accident (art. 15 al. 2 LAA, seconde phrase).

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 née le droit à la rente (cf. ATF 129 V 222 consid. 4).

Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Lorsque l'assuré n'a pas repris 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, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base, notamment, des données salariales publiées par l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 75. consid. 3b/bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale. (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 75 consid. 5b/aa-cc).

13. En l'espèce, le droit à la rente débute le 1er mars 2003, puisque l'intimée a mis un terme au versement de l'indemnité journalière dès cette date et qu'à dire d'expert, il n'y a plus aucun traitement susceptible d'apporter une amélioration de l'état de l'épaule (cf. art. 19 al. 1 LAA).

Selon les indications données par l'employeur, le salaire du recourant en 2001 était de 4'500 fr. versés treize fois, soit 58'500 fr. Toutefois, dans le cadre de l'assurance-invalidité, l'employeur a indiqué un gain annuel de 69'381 pour 2000, de 48'169 fr. pour 2001, année de l'accident. Les extraits de comptes individuels des caisses de compensation confirment un gain annuel de 48'169 fr pour 2001, 69'381 fr. pour 2000, de 70'202 fr. pour 1999. Etant donné que le gain 2001 ne tient manifestement compte que du salaire versé jusqu'au 2 septembre 2001, il y a lieu de prendre en considération le dernier revenu versé durant une année entière, soit celui de 69'381 fr. obtenu en 2000 qu'il convient d'actualiser à 2003. L'indice des salaires nominaux pour les hommes a progressé de 2.5% en 2001, de 1.6% en 2002 et de 1.3% en 2003, soit au total de 5.4% (table T1P.39 de l'office fédéral de la statistique), de sorte que le revenu sans invalidité s'élève pour 2003 à 73'127 fr. 55 (69'381 + 5.4%).

Quant au revenu d'invalide, le recourant n'ayant pas mis en pratique sa capacité résiduelle de gain, il y a lieu de se référer au salaire émanant des statistiques, conformément à la jurisprudence susmentionnée. 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, respectivement 54'684 fr. par année (Enquête suisse sur la structure des salaires 2002, tableau 1; niveau de qualification 4). De plus, 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 conséquence, le revenu statistique 2002 doit être adapté au temps de travail existant dans les entreprises en 2003 et à l'augmentation des salaires nominaux en 2003 en faisant une distinction entre les sexes et en appliquant l'indice relatif aux hommes ou aux femmes (ATF 129 V 410 consid. 3.1.2). L'indice des salaires nominaux pour un ouvrier adulte a progressé de 1.1% entre 2002 et 2003 (table T1P.39 de l'office fédéral de la statistique) et le temps de travail en 2003 était de 41.7 heures par semaine (table T2.5.2), de sorte que le revenu annuel est de 57'635 fr. 15 (54'684 + 1.1% = 55'285.50 x 41.7 : 40). Si on admet un abattement généreux de 20% afin de tenir compte des douleurs du recourant, de ses limitations fonctionnelles et de son âge (cf. ATF 126 V 78 consid. 5), le revenu d'invalide s'élève à 46'108 fr. 10 (57'635.15 - 11'527.05). En conséquence, le taux d'invalidité est de 37% (73'127 fr. 55 – 46'108.10 : 73'127 fr. 55 x 100) de sorte que le recourant a droit à une rente d'invalidité correspondant à ce taux (cf. art. 18 al. 1 LAA).

10. Compte tenu de ce qui précède, le recours doit être partiellement admis et le dossier renvoyé à l'intimée pour le calcul de la rente d'invalidité. Bien que le recourant obtienne partiellement gain de cause, il n'a pas droit à des dépens dans le mesure où il est représenté par l'Hospice général. En effet, selon la jurisprudence relative à l'art. 85 al. 2 let. f aLAVS qui reste applicable sous l'empire de la LPGA pour l'interprétation de l'art. 61 let. g LPGA (SVR 2004 ALV n° 8 p. 22 consid. 3.1; ATFA non publié du 14 avril 2005, I 245/04, consid. 2.1), un assuré représenté gratuitement par une institution publique d'assistance ne peut prétendre de dépens devant l'autorité judiciaire cantonale, faute de justification économique.

*****

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. L'admet partiellement.

3. Annule les décisions de l'ALBA des 15 juillet 2003 et 8 septembre 2003 dans la mesure où elles refusent le droit à une rente d'invalidité.

4. Dit que le recourant a droit à une rente d'invalidité correspondant à un degré d'invalidité de 37% dès le 1er mars 2003, sous réserve de surindemnisation.

5. En tant que de besoin condamne l'intimée à verser une telle rente au recourant.

6. Renvoie la cause à l'intimée pour le calcul de la rente.

7. Dit que la procédure est gratuite.

8. 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