RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2308/2005 **ATAS/134/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 3

du 2 février 2006

En la cause

Monsieur C_____, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Doris VATERLAUS	recourant

contre

SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, Fluhmattstrasse 1, 6002 LUCERNE	intimée

Siégeant : Madame Karine STECK, Présidente;
Mesdames Juliana BALDE et Valérie MONTANI, Juges

EN FAIT

1. Monsieur C_____, ressortissant portugais né en 1972, a travaillé en tant que maçon depuis le 2 juin 1998 pour le compte de X_____SA. A ce titre, il était assuré contre les accidents auprès de la CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après : SUVA).

2. Selon une déclaration d'accident datée du 21 novembre 2001, l'assuré a été victime d'un accident le 19 novembre : il a été renversé par une voiture, ce qui lui a occasionné de multiples blessures (pce 1 SUVA).

3. Le rapport d'accident établi par la gendarmerie le 3 décembre 2001 a établi que l'assuré, qui se trouvait en état d'ébriété (1,53 °/oo), s'était engagé sans précaution sur la chaussée afin de la traverser. Un véhicule circulant normalement sur la voie de circulation n'avait rien pu faire pour éviter le choc (pce 7 SUVA).

4. Dans un rapport initial à la SUVA du 12 décembre 2001, le Dr A_____, Chef de Clinique du département de chirurgie de l'Hôpital cantonal, a posé le diagnostic de traumatisme crânien avec perte de connaissance et amnésie circonstancielle, ainsi que plusieurs fractures (humérus, clavicule, odontoïde, apophyse et plateau tibial) et une suspicion d'entorse du genou gauche. L'assuré a séjourné à la Clinique d'orthopédie jusqu'au 4 décembre 2001 avant d'être transféré au service de rééducation locomotrice de l'Hôpital Beau-Séjour (pce 9 SUVA).

5. Par décision du 29 janvier 2002, la SUVA a informé l'assuré qu'elle réduisait les indemnités journalières de 10 % en raison d'une négligence grave de sa part. Les prestations pour soins et les éventuelles autres prestations n'étaient pas touchées par cette mesure (pce 11 SUVA).

6. Le 21 février 2002, les Drs B_____ et E_____, de la Clinique de Rééducation de l'Hôpital Beau-Séjour, ont confirmé les diagnostics de multiples fractures (odontoïde, humérus, clavicule, tête radiale du coude, plateau tibial) et de traumatisme crânien et ont ajouté celui d'entorse du poignet droit. Le patient serait encore hospitalisé pour une durée de quatre semaines environ (pce 13 SUVA).

7. Le 9 avril 2002, les Drs B_____ et D_____, de la Clinique de Rééducation de l'Hôpital Beau-Séjour, ont fait le point sur l'évolution de la situation clinique de l'assuré. Globalement, l'évolution était bonne, mais des difficultés du membre supérieur droit ont été mentionnées (rééducation complexe, souffrance du nerf musculo-cutané, lésions de moindre importance, entorses carpienne et trapézo-métacarpienne, réaction de type algoïde). L'assuré a pu retourner à son domicile le 26 mars 2002 (pce 24 SUVA).

8. Dans un rapport médical intermédiaire du 14 juin 2002, le Dr F_____, Chef de Clinique à l'Hôpital Beau-Séjour, a indiqué que le patient avait bénéficié d'une rééducation intensive du 4 décembre 2001 au 26 mars 2002. Il avait rencontré des difficultés au niveau de son membre supérieur droit (souffrances, réaction algodystrophique). Le patient venait de débuter une physiothérapie progressive de la nuque et il était trop tôt pour se prononcer sur la durée probable du traitement (pce 20 SUVA).

9. Lors d'un entretien du 22 juillet 2002 à la SUVA, l'assuré a indiqué que son état de santé progressait bien, mais que des douleurs subsistaient au niveau de la colonne cervicale de même qu'un manque de force important du bras droit accompagné d'une mobilité réduite. Les mouvements de la nuque étaient également très limités (pce 21 SUVA).

10. Le 13 septembre 2002, le Dr F_____ a indiqué à la SUVA que le patient était suivi à la consultation ambulatoire de rééducation depuis sa sortie et qu'il poursuivait également sa physiothérapie. Il continuait à présenter des cervico-scapulalgies à prédominance droite importante lors des mouvements de la nuque et de l'épaule, ainsi que des brachialgies droites sous forme de lancées. Le pronostic restait relativement sombre étant donné l'importance des douleurs cervico-scapulaires au moindre mouvement et de la persistance de douleurs neurogènes du membre supérieur droit (pce 37 SUVA).

11. Le 30 janvier 2003, l'assuré a été examiné par le médecin d'arrondissement de la SUVA, le Dr G_____. A l'examen, ce dernier a constaté une réduction de la mobilité de la colonne cervicale, un trouble de la sensibilité à la face interne du bras et de l'avant-bras correspondant au nerf musculo-cutané, une limitation de la mobilité de l'épaule droite associée à une réduction importante de la rotation interne. Le récupération du genou gauche était bonne. Globalement, l'état n'était pas stabilisé et le Dr G_____ a proposé la poursuite de la rééducation. Une proposition de séjour à la Clinique romande de réadaptation de la SUVA (ci-après : CRR) a été faite. D'ores et déjà, une reprise du travail de maçon lui paraissait peu vraisemblable (pce 41 SUVA).

12. L'assuré a séjourné à la CRR du 23 avril au 6 juin 2003. A cette occasion, les bilans et investigations suivantes ont été réalisés : ENMG (7 mai 2003), consilium psychiatrique (28 avril 2003), physiothérapie, ateliers professionnels et bilan neuropsychologique (24 avril 2003). Le 11 août 2003, les Drs H_____ et I_____ ont rédigé le rapport de sortie. Le bilan radiologique mis à leur disposition montrait une inversion de la lordose cervicale, des discopathies étagées légères à modérées, une unco-arthrose débutante en C5, C6 et C7. Le bilan d'évolution ENMG montrait une neuropathie sensitive avec perte complète de la réponse dans le territoire du nerf cutané latéral de l'avant-bras. Les douleurs neurogènes type dysesthésies pouvaient être la conséquence directe de la lésion de

ce nerf. Une médication antalgique à visée neurogène avait été introduite. Par ailleurs, les éléments relevés par le psychiatre ne suffisaient pas à retenir un diagnostic psychiatrique.

Au terme de l'hospitalisation, les médecins constataient une très bonne évolution en termes de gain d'amplitude de l'épaule droite et dans une moindre mesure de la nuque. Les douleurs antérieures au genou gauche étaient également nettement atténuées. Subjectivement, le patient reconnaissait une excellente progression pour ce qui concernait la mobilité du membre supérieur droit, un amendement total des douleurs du genou, mais aucune amélioration au niveau de la nuque. Le patient était encore relativement limité dans le temps pour les activités réalisées au-dessus du plan de l'horizontale des épaules, avec survenance de cervicalgies et d'une fatigue du membre supérieur droit.

Le tableau clinique pouvait être mis sur le compte d'une part de la neuropathie sensitive du nerf musculo-cutané et du conflit sous-acromial de l'épaule droite ; d'autre part sur un important déconditionnement musculaire de la ceinture scapulaire droite et une altération du schéma corporel dans le sens d'une sous-utilisation du membre supérieur droit qui participait vraisemblablement à la situation actuelle. A cela s'ajoutait un comportement particulier caractérisé par une certaine passivité et une lenteur dans la réalisation de diverses tâches qui n'étaient pas entièrement expliquées par une pathologie psychiatrique ou des séquelles neuropsychologiques. Le faible degré de scolarité et la barrière linguistique étaient des éléments importants dont il fallait tenir compte. La situation n'était pas stabilisée et la capacité de travail dans la profession de manœuvre non qualifié était nulle (pce 64 SUVA).

13. Dans un rapport médical intermédiaire du 22 janvier 2004, le Dr J_____, de la Clinique de Rééducation de l'Hôpital Beau-Séjour, a relevé que le patient se plaignait de vertiges, ainsi que de troubles de la mémoire et de la concentration. Objectivement, il remarquait une diminution globale des amplitudes du rachis cervical prédominant à gauche. Il y avait lieu de poursuivre la physiothérapie du rachis cervicale et de l'épaule. Le pronostic pour une réinsertion sociale était incertain (pce 71 SUVA).

14. Le 16 mars 2004, le Dr G_____ a procédé à l'examen médical final de l'assuré, au cours duquel il a mis en évidence une absence de troubles des membres inférieurs. Le patient présentait une réduction de la mobilité de l'épaule, mais en amélioration par rapport à l'examen précédent, une limitation de la mobilité de la nuque superposable à l'examen précédent ainsi qu'un tableau de dysesthésie de la branche sensitive musculo-cutanée droite. L'état était à considérer comme stabilisé. S'agissant de l'exigibilité, le patient ne pouvait plus faire d'effort avec le membre supérieur droit et travailler au-dessus de l'horizontale de manière répétitive, prendre des positions nécessitant des mouvements de tête en flexion ou extension forcée. En

principe, et dans le cadre d'une activité adaptée ne demandant pas les sollicitations ci-dessus, le patient pourrait travailler de manière complète (pce 75 SUVA).

Le Dr G_____ a également procédé à l'estimation de l'atteinte à l'intégrité et l'a fixée à 25 %. Dans ce cadre, 10 % étaient reconnus pour la fracture cervicale avec des douleurs situées entre ++ et +++, auxquels il y avait lieu d'ajouter 5 % pour la lésion de la branche sensitive du nerf musculo-cutané, ainsi que 10 % dans le cadre d'une PSH moyenne. Ces taux pouvaient être simplement additionnés (pce 74 SUVA).

15. Par décision du 2 novembre 2004, la SUVA a informé l'assuré qu'elle allait verser une rente ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité en raison des suites de l'accident du 19 novembre 2001. La rente d'invalidité était fixée à 28 % dès le 1er octobre 2004. L'assuré était considéré comme capable d'exercer une activité légère et à plein temps dans différents secteurs de l'industrie. Une atteinte à l'intégrité de 25 % était reconnue et le montant en résultant était de 26'700 fr. (pce 109 SUVA).

16. Par courrier du 2 décembre 2004, l'assuré s'est opposé à cette décision, concluant à ce que son taux d'invalidité soit fixé en tenant compte de son rendement limité et à ce que le degré de son atteinte à l'intégrité soit réévalué. Il a fait valoir que la réinsertion professionnelle relevait de l'Office de l'assurance-invalidité, assurance à laquelle il s'était annoncé deux ans auparavant et qui n'avait pris aucune mesure. Au vu de son état de santé, il estimait évident qu'il ne trouverait pas de travail sans bénéficier de mesures de réadaptation et d'aide au placement.

Par ailleurs, il a fait valoir que la SUVA ne pouvait pas baser sa décision sur un marché équilibré du travail, qui n'existait pas en Suisse, qu'il était illusoire de penser qu'il pourrait trouver une activité adaptée à son état de santé et qui lui permettrait de percevoir un revenu de 3'750.- fr., et que, selon les médecins de la CRR et de l'Hôpital cantonal, il ne pouvait travailler qu'à des conditions très restrictives. La décision était donc, selon lui, arbitraire, car elle ne tenait pas compte de tous les éléments figurant au dossier. Enfin, il a jugé que le degré de l'atteinte à l'intégrité avait également été sous-évalué et devait donc être revu (pce 118 SUVA).

A ce courrier étaient notamment joints un rapport du Dr J_____, du 7 avril 2004, ainsi qu'un rapport du 10 novembre 2004 de M. V_____, technicien en réadaptation professionnelle au Service de rééducation de l'Hôpital cantonal.

Selon le Dr J_____, les possibilités professionnelles étaient doubles, soit une reprise avec adaptation du poste de travail ou la perte du poste avec une mise au chômage, ce qui pourrait permettre à l'assuré de bénéficier d'une formation professionnelle. Une possibilité de reprise à 50 % existait également.

D'après M. V_____, une piste occupationnelle serait probablement la solution à moyen terme. En effet, la capacité de travail du patient, rapportée sur la semaine, était inférieure à 30 % sur le plan horaire, avec un rendement global diminué de 50 %. Selon un rapport du Dr J_____ du 21 février 2005, produit dans le cadre de la procédure d'opposition, cette limitation était en rapport avec l'état clinique du patient.

17. Le 3 mai 2005, le Dr K_____, chirurgien orthopédique de la Division de médecine des assurances de la SUVA, a fourni son appréciation médicale sur le cas d'espèce. Les faits sur lesquels se basaient le recourant dans son opposition découlaient d'une observation de son comportement par les médecins et n'avaient pas de valeur du point de vue médical. Les nombreuses fractures dont il avait souffert étaient guéries. L'assuré continuait à se plaindre de douleurs à l'épaule droite, mais celles qu'il avait pu ressentir à l'épaule gauche avaient entièrement disparu depuis longtemps. Il était évident qu'à la suite d'une fracture sous-capitale de l'humérus combinée à une fracture claviculaire, certains troubles pouvaient subsister dans la région scapulaire malgré des soins irréprochable et une bonne guérison.

    Seules les suites relatives à une fracture stable de la dent de l'axis (fracture de l'odontoïde) étaient un peu moins connues. Se basant sur plusieurs articles de doctrine médicale, le Dr K_____ en a conclu que les fractures non déplacées de type III de la dent de l'axis pouvaient dans tous les cas être facilement guéries. Une limitation de la capacité de rotation était, en règle générale, inévitable. Cela avait été le cas pour l'assuré. Ainsi, l'examen du dossier et une vue d'ensemble des résultats obtenus après les fractures de la dent de l'axis de type III accréditaient et rendaient explicable la limitation des mouvements, malgré la parfaite guérison de toutes les fractures subies. Il était donc justifié de ne plus exiger de l'assuré qu'il effectue de gros travaux manuels sans limitation. Cela découlait des résultats obtenus au cours du séjour à la CRR et du rapport d'examen du Dr G_____.

    Jusqu'à présent, l'assuré n'avait que partiellement utilisé les fonctions dont il disposait encore malgré les séquelles de ses blessures dans le cadre de l'exercice d'une activité professionnelle et le Dr K_____ doutait qu'il soit possible de le convaincre de le faire de manière régulière, plus de trois ans après la guérison et une longue période de réadaptation. Néanmoins, si l'on s'appuyait sur les résultats objectifs, il ne faisait aucun doute qu'une activité physique légère adaptée à la nuque et à l'épaule pouvait absolument être exercée à plein temps et exigée par l'assurance. En ce sens, l'exigibilité évoquée par le Dr G_____ le 16 mars 2004 pouvait clairement être confirmée (pce 137 SUVA).

18. Par décision du 25 mai 2005, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé sa décision initiale. Sur le plan médical, l'ensemble des rapports figurant au dossier s'accordait sur le fait que l'exercice utile de l'activité manuelle lourde de maçon

n'était plus exigible. Toutefois, une capacité de travail complète dans une activité adaptée au handicap ressortait de l'examen médical final du Dr G_____. Le Dr K_____ avait pour le surplus expliqué pour quelles raisons les rapports produits par l'assuré ne devaient pas être suivis et pourquoi les conclusions du Dr G_____ étaient convaincantes. Sur le plan économique, les descriptions de poste de travail adaptés permettaient de se convaincre que l'assuré serait en mesure de réaliser un revenu de l'ordre de 45'000.- fr. annuels sur un marché du travail réputé équilibré. Cette notion était théorique et abstraite et permettait de distinguer les cas tombant sous le coup de l'assurance-accidents et ceux relevant de l'assurance-chômage. Par ailleurs, les postes de travail mentionnés ne nécessitaient aucune mesure de réadaptation Selon la SUVA, le degré d'incapacité de gain pouvait être fixé définitivement à l'issue d'éventuelles mesures de réadaptation, la décision y relative appartenant à l'assurance-invalidité. Enfin, s'agissant du taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, l'assuré n'amenait aucun élément médical permettant de douter des conclusions motivées du Dr G_____ (pce 138 SUVA).

19. Par acte du 24 juin 2005, l'assuré a interjeté recours contre cette décision par-devant le Tribunal cantonal des assurance sociales, concluant à ce que son taux d'invalidité soit fixé en tenant compte de son rendement limité et que le degré de son atteinte à l'intégrité soit réévalués. A son écriture était joint un courrier du Dr J_____ du 14 juin 2005, qui faisait état d'une « impossibilité à la station tenue prolongée assise ou debout », d'où une nécessité de se déplacer pour soulager les douleurs qui diminuait la capacité d'exercer une activité soutenue. Par ailleurs, l'atteinte du nerf sensitif musculo-cutané droit augmentait la difficulté d'utilisation du membre supérieur droit. Enfin, un bilan neuropsychologique effectué le 30 mai 2005 mettait en évidence le fait que les douleurs chroniques l'empêchaient de se concentrer, avec des difficultés mnésiques sur le plan visio-spatial (pce 10 recourant).

    Le recourant prenait acte de la teneur de la décision sur opposition, qui retenait que l'incapacité de gain de 28 % n'était que provisoire. Il existait toutefois un principe prévalant en matière d'assurances sociales qui était de soumettre l'assuré à des mesures de réadaptation avant de lui allouer une rente et l'assurance-invalidité lui avait récemment proposé de suivre un stage d'observation professionnelle. Il était toutefois peu probable au vu de la situation actuelle du marché du travail qu'il trouve un emploi sans bénéficier de mesures de réadaptation et d'aide au placement. Les médecins de l'Hôpital cantonal avaient confirmé cet état de fait en affirmant qu'il avait des problèmes de concentration et des difficultés mnésiques. Il lui était par ailleurs impossible de garder une position de manière prolongée et l'utilisation de son membre supérieur droit était très difficile. Les postes proposés par la SUVA ne lui étaient donc pas accessibles et l'évaluation de l'invalidité telle qu'elle avait été réalisée par la SUVA devait être revue. Cela était d'autant plus vrai que l'assurance n'avait pas pris en compte les rapports des médecins consultés par

l'assuré, qui le suivaient depuis longtemps. La comparaison des gains réalisée devait être reconsidérée compte tenu du marché du travail, de la mobilité retreinte de l'assuré, de sa capacité de travail réduite et de son rendement effectif. La décision était arbitraire dans sa motivation et son résultat. Enfin, le degré de l'atteinte à l'intégrité devait également être revu, compte tenu de tous les éléments disponibles.

20. Le 1er septembre 2005, l'assuré a produit un rapport d'examen neuropsychologique du 8 juin 2005 établi par Mme L_____, neuropsychologue et logopédiste, laquelle relevait des difficultés mnésiques sur le plan visuo-spatial, un ralentissement dans la vitesse de traitement des difficultés en attention divisée et une fluence verbale et visuo-spatiales pauvres, de même que de faibles possibilités de planification. Il existait également une légère péjoration au niveau de la mémoire à court terme. Il était toutefois difficile de statuer sur la relation entre ces quelques difficultés cognitives et l'accident subi en 2001. On pouvait penser que les douleurs chroniques qu'il ressentait l'empêchaient de se concentrer (pce 13 recourant).

21. Dans sa réponse du 21 septembre 2005, la SUVA a conclu au rejet du recours, au motif principal que le recourant se plaignait de troubles nouveaux, qui ne s'étaient pas manifestés à la date de la décision sur opposition. Ses droits devaient donc être fixés en ne tenant compte que d'une mobilité réduite de la nuque et du bras droit, outre une dysesthésie du bras droit. A ce titre, les rapports produits en procédure de recours ne remettaient pas en cause l'exigibilité telle qu'elle avait été fixée par le Dr G_____, dont les conclusions avaient été confirmées par le Dr K_____. Il convenait donc de confirmer le taux de 28 % de la rente d'invalidité. S'agissant du taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, l'assuré n'amenait aucun élément médical permettant de douter de l'évaluation motivée du Dr G_____, de sorte que le taux de 25 % devait également être confirmé. Enfin, la décision n'était pas arbitraire.

22. Par réplique du 21 octobre 2005, le recourant a relevé que ses troubles mnésiques et de la concentration n'étaient pas nouveaux, puisqu'ils apparaissaient dans un rapport médical du 22 janvier 2004 du Dr J_____. La SUVA ayant délibérément décidé de ne pas en tenir compte, sa décision devait être revue. Quant aux douleurs dorsales l'empêchant de maintenir une position de manière prolongée, il en allait de même. Par ailleurs, dans le cadre de la comparaison des gains, une réduction du salaire statistique devait être opérée. Enfin, les règles de procédure cantonale autorisaient l'assuré à invoquer des motifs, des faits et des moyens de preuve nouveaux.

23. Par duplique du 23 novembre 2005, la SUVA a relevé qu'il n'y avait pas lieu de procéder à une réduction de salaire dans le cadre d'un revenu d'invalide calculé sur la base de descriptions de postes de travail. Par ailleurs, une évaluation du revenu d'invalide sur la base des salaires statistiques sur lequel un abattement généreux et

non justifié de 20 % serait retenu aboutirait à un taux d'invalidité global inférieur à 28 %.

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

EN DROIT

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

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

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 5 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale des assurances sociales du 6 octobre 2000 (ci-après : LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (ci-après : LAA).

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

3. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-accidents. Eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 127 V 467 consid. 1, 121 V 366 consid. 1b), le cas d'espèce sera régi par le nouveau droit. En effet, les faits déterminants sont constitués par la stabilisation de l'état de santé du recourant dès le 1er octobre 2004 permettant de statuer sur le droit à une rente d'invalidité et sur l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

4. Selon l'art. 56 al. 1er LPGA, les décisions sur opposition sont sujettes à recours dans un délai de 30 jours (art. 60 al. 1er LPGA) auprès du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré (art. 58 al. 1er LPGA). En matière d'assurance-accidents toutefois, en dérogation à l'art. 60 LPGA, le délai de recours est de trois mois pour les décisions sur opposition portant sur les prestations d'assurance (art. 106 LAA).

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

5. Le litige porte sur le taux de la rente d'invalidité du recourant, ainsi que le degré de son atteinte à l'intégrité

6. Selon l'art. 18 al. 1er LAA, si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité. L'art. 8 al. 1er LPGA précise qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

   Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (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).

   Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1er LAA).

   Aux termes de l'art. 19 al. 3 LAA, le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur la naissance du droit aux rentes lorsque l'on ne peut plus attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré, mais que la décision de l'assurance-invalidité quant à la réadaptation professionnelle intervient plus tard.

   En application de cette disposition, le Conseil fédéral a édicté l'art. 30 de Ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (ci-après : OLAA), lequel stipule que lorsqu'on ne peut plus attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré, mais que la décision de l'AI concernant la réadaptation professionnelle n'interviendra que plus tard, une rente sera provisoirement allouée dès la fin du traitement médical ; cette rente est calculée sur la base de l'incapacité de gain existant à ce moment-là. Le droit s'éteint dès la naissance du droit à une indemnité journalière de l'AI, ou avec la décision négative de l'AI concernant la réadaptation professionnelle ou encore avec la fixation de la rente définitive (al. 1). Il s'agit d'une rente transitoire destinée à permettre à l'assureur-accidents qui ne peut encore fixer définitivement le degré d'invalidité de l'assuré, faute de connaître le résultat des mesures de réadaptation

entreprises par l'assurance-invalidité, de verser néanmoins une rente d'invalidité à l'assuré sans attendre ce résultat (ATF 116 V 251 consid. 2b et la référence). C'est donc une prestation temporaire, fixée provisoirement, et qui doit être allouée aussi bien pendant le déroulement des mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité que pendant la période qui va de la fin du traitement médical jusqu'au moment où décision est prise quant à d'éventuelles mesures de réadaptation, cas échéant à la mise en oeuvre de celles-ci (ATF 129 V 285).

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

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

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

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

l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1).

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

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

8. En l’espèce, la SUVA a considéré que l’état de santé de l’assuré s’était stabilisé au point qu’il n’y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de cet état. Dès lors, il a octroyé à l’assuré une rente d’invalidité de 28 % dès le 1er octobre 1994.

   L’assuré ne conteste pas ce point de vue, puisqu’il a indiqué avoir pris acte du fait que la décision n’était pas définitive (p. 3-4 recours). Il soutient que les postes de

travail retenus pas la SUVA dans le cadre de la comparaison des revenus ne lui sont pas accessibles et que ce calcul doit être revu en conséquence. Selon lui, la SUVA n'a pas tenu compte des évaluations médicales de ses médecins traitants, lesquelles faisaient notamment état de douleurs dorsales et de problèmes neuropsychologiques.

S'agissant de l'état de santé de l'assuré, la SUVA s'est principalement basée sur l'examen médical final effectué par le Dr G_____ le 16 mars 2004, ainsi que sur l'appréciation médicale du Dr K_____ du 3 mai 2005.

Le Dr G_____ a examiné l'assuré à deux reprises, soit les 30 janvier 2003 et 16 mars 2004. Entre les deux examens, sur proposition de ce médecin, l'assuré a séjourné durant sept semaines à la CRR.

A l'issue de son examen médical final, le Dr G_____ a mis en évidence une absence de troubles des membres inférieurs. Par contre, le patient présentait une réduction de la mobilité de l'épaule, en amélioration par rapport à l'examen précédent, une limitation de la mobilité de la nuque superposable à l'examen précédent ainsi qu'un tableau de dysesthésie de la branche sensitive musculo-cutanée droite. Selon son appréciation, l'état était à considérer comme stabilisé. Il en a conclut que le patient ne pouvait plus faire d'effort avec le membre supérieur droit et travailler au-dessus de l'horizontale de manière répétitive, prendre des positions nécessitant des mouvements de tête en flexion ou extension forcée. En principe, et dans le cadre d'une activité adaptée ne demandant pas les sollicitations ci-dessus, le patient pourrait travailler de manière complète.

Pour parvenir à ces conclusions, le Dr G_____ avait en ses mains les rapports des médecins ayant examiné l'assuré avant lui, dont ceux de la CRR. Il s'est appuyé sur l'entier du dossier, de sorte qu'on ne peut que constater que ses rapports se basent sur un dossier bien étayé. Son appréciation prend en considération les plaintes exprimées par l'assuré et a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse. En particulier, l'anamnèse découlant des rapports rédigés par le Dr G_____ prend en compte les troubles neuropsychologiques dont se plaint l'assuré et qui découlent du rapport du Dr J_____ du 22 janvier 2004, ainsi que les douleurs dorsales. La situation médicale de l'assuré a donc été considérée dans son ensemble. Par ailleurs, tant la description du contexte médical que son appréciation sont claires et les conclusions sont motivées. Dans la mesure où la SUVA n'était pas partie à la procédure au moment où ce rapport à été rendu et qu'il remplit les conditions jurisprudentielles, il doit se voir reconnaître pleine force probante.

A ce propos, on notera que la CRR avait de son côté principalement relevé, tout en précisant que l'état n'était pas stabilisé, que le tableau clinique pouvait être mis sur le compte d'une part de la neuropathie sensitive du nerf musculo-cutané et du conflit sous-acromial de l'épaule droite ; d'autre part sur un important

déconditionnement musculaire de la ceinture scapulaire droite et une altération du schéma corporel dans le sens d'une sous-utilisation du membre supérieur droit qui participait vraisemblablement à la situation actuelle. A noter qu'un examen neuropsychologique a également été réalisé et que le bilan était à ce titre dans le limites de la norme.

Par la suite, dans le cadre de la procédure, le Dr K_____ spécialiste en chirurgie orthopédique et en médecine des assurances, s'est également prononcé sur le dossier en mai 2005 et a conclu que l'exigibilité évoquée par le Dr G_____ le 16 mars 2004 pouvait clairement être confirmée. L'assuré continuait à se plaindre de douleurs à l'épaule droite et il était évident qu'à la suite d'une fracture sous-capitale de l'humérus combinée à une fracture claviculaire, certains troubles pouvaient subsister dans la région scapulaire malgré des soins irréprochable et une bonne guérison. En raison de la fracture non déplacée de type III de la dent de l'axis, une limitation de la capacité de rotation était, en règle générale, inévitable. Il était donc justifié de ne plus exiger de l'assuré qu'il effectue de gros travaux manuels sans limitation. Cela découlait par ailleurs des résultats obtenus au cours du séjour à la CRR et du rapport d'examen du Dr G_____.

Le Dr K_____ précisait qu'il doutait qu'il soit possible de convaincre l'assuré d'utiliser de manière régulière les fonctions dont il disposait encore malgré les séquelles de ses blessures dans le cadre de l'exercice d'une activité professionnelle, plus de trois ans après la guérison et une longue période de réadaptation. Néanmoins, si l'on s'appuyait sur les résultats objectifs, il ne faisait aucun doute qu'une activité physique légère adaptée à la nuque et à l'épaule pouvait absolument être exercée à plein temps et exigée par l'assurance.

Bien que le Dr K_____ n'ait pas personnellement examiné l'assuré, son rapport est complet et ses conclusions bien motivées, notamment au moyen de la doctrine médicale topique. Dans la mesure où son rapport confirme celui du Dr G_____, il en constitue un complément décisif.

De son côté, le recourant se fonde sur les rapports du Dr J_____ des 22 janvier 2004, 7 avril 2004, 21 février 2005 et 14 juin 2005, ainsi que sur le rapport de Monsieur V_____ du 10 novembre 2004. Ces rapports, relativement succincts, sont moins précis tant en ce qui concerne l'analyse du contexte médical qu'en ce qui concerne la justification des conclusions du médecin. En effet, ainsi que l'a remarqué à juste titre le Dr K_____, le Dr J_____ se fonde sur l'observation faite par Monsieur V_____ et reprend telle quelle l'exigibilité qui découle du rapport de ce dernier, sans motiver véritablement cette conclusion par des considérations médicales, hormis le fait que la limitation d'activité relevée par Monsieur V_____ est « en rapport avec l'état clinique du patient ». A noter que dans son rapport précédent, du 7 avril 2004, le Dr J_____ ne se prononçait pas sur la capacité de travail du patient, mais indiquait qu'il n'avait pas

tous les éléments de décision concernant son avenir. Ces rapports étaient connus des Drs G_____ et K_____, qui les ont intégrés dans leur appréciation médicale, excepté celui du 14 juin 2005. Ainsi qu'on l'a vu ci-dessus, il est donc erroné de prétendre que la SUVA n'en a pas tenu compte, puisqu'ils ont été expressément cités par ces deux spécialistes. A ce sujet, on ignore pour quel motif la SUVA indique qu'il s'agit de faits nouveaux dans ses écritures auprès du Tribunal de céans, mais cela ne porte pas à conséquence, dans la mesure où ses décisions sont fondées sur les appréciations finales des Drs G_____ et K_____. Enfin, les rapports de Madame L_____ du 8 juin 2005 et du Dr J_____ du 14 juin 2005 ne justifient pas non plus que l'on s'écarte des conclusions des médecins de la SUVA. En effet, Madame L_____ ne fait pas état d'une possible diminution de la capacité de travail due aux quelques difficultés mises en évidence et, de plus, met en doute la relation entre ces quelques difficultés cognitives et l'accident subi en 2001. Le Dr J_____ se contente d'évoquer certains points du dossier et de reprendre les appréciations de Monsieur V_____ et de Madame L_____. Il ne se prononce pas sur la capacité de travail exigible et ne remet pas directement en cause avec des arguments médicaux l'appréciation des médecins de la SUVA.

Pour toutes ces raisons, les conclusions du Dr G_____, confirmées par l'appréciation du Dr K_____ doivent être suivies. Dès lors, c'est à juste titre que la SUVA a décidé que l'état de santé de l'assuré s'était stabilisé et qu'une activité adaptée respectant certaines limitations pouvait être exercée de manière complète. S'agissant de l'exigibilité, il y a lieu de retenir que le patient ne peut plus faire d'effort avec le membre supérieur droit et travailler au-dessus de l'horizontale de manière répétitive, prendre des positions nécessitant des mouvements de tête en flexion ou extension forcée.

9. Le recourant conteste également le calcul de perte de gain effectué par l'intimée.

Au titre du revenu d'invalide, celle-ci s'est fondée sur cinq DPT qui figurent au dossier. Il s'agit des fonctions d'employé à la préparation des commandes, de surveillant de parking, de portier, de cariste et d'employé de production. Le salaire mensuel moyen réalisable dans ces professions est de 3'762 fr. (soit 45'149 fr. par an). A noter que la SUVA a retenu un chiffre légèrement inférieur, soit 3'750 fr. Comme relevé plus haut, lorsque le revenu d'invalide est déterminé sur la base de DPT, il n'y a pas lieu d'opérer une réduction de ce salaire pour tenir compte des handicaps de l'assuré (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3). On notera également que le montant retenu par la SUVA reste plus favorable à l'assuré que celui basé sur les statistiques salariales ressortant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) et selon lesquelles un homme exerçant une activité simple et répétitive pouvait prétendre en 2004 à un revenu de 45'424 fr., compte tenu d'une réduction hypothétique maximale de 25 % qui ne se justifierait probablement pas en l'espèce (ATF 126 V 75 ss ; salaire de base de 4'853 fr. selon ESS 2004 tableau TA1,

secteur production, niveau de qualification 4, augmenté pour tenir compte du temps de travail dans les entreprises durant cette année, soit 41,6 heures).

S'agissant du revenu sans invalidité, il n'est pas contesté par le recourant et s'élèverait en 2004, année de naissance du droit à la rente sur laquelle se fonde la comparaison des revenus, à la somme mensuelle de 4'785 fr. (selon les indications de l'employeur figurant au dossier, pce 78 SUVA) payés treize fois par année, soit un revenu annuel de 62'205 fr.

Si l'on procède à la comparaison des deux revenus déterminants (à savoir 62'205 fr. pour le revenu sans invalidité et 45'149 fr. pour le revenu d'invalide), le taux d'invalidité atteint 27,4 %. Par conséquent, la décision entreprise ne se révèle pas critiquable dans son résultat.

10. Enfin, le recourant conteste le degré d'atteinte à l'intégrité retenu pas la SUVA.

11. Si, par suite d'un accident, un assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique ou mentale, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (art. 24 al. 1 LAA).

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

L'atteinte à l'intégrité fait abstraction des effets particuliers qu'elle peut exercer sur un individu donné ; elle traduit une évaluation abstraite, valable pour tous les assurés. Seul est donc pris en compte « le degré de gravité » attribuable à une telle atteinte à l'intégrité chez l'homme moyen (W. GILD et H. ZOLLINGER, Die 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-B_____O, E. MURER, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Zurich 1991, ad art. 25 al. 1, p. 104).

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital. Elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité (art. 25 al. 1 LAA). En vertu des art. 25 al. 2 LAA et 36 al. 1er OLAA, le Conseil fédéral a édicté des directives sur le calcul de l'atteinte à l'intégrité, constituant l'annexe n° 3 de l'OLAA, qui comporte un barème des atteintes à l'intégrité en pour cent du montant maximum du gain assuré. Ce barème - reconnu conforme à la loi - ne constitue pas une énumération exhaustive (ATF 124 V 32 consid. 1b et les références). Il représente une « règle générale » (ch. 1 al. 1 de l'annexe). Pour les

atteintes qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, il y a lieu d'appliquer le barème par analogie, en tenant compte de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 de l'annexe). Le ch. 2 de l'annexe dispose au surplus que la perte totale de l'usage d'un organe est assimilée à la perte de celui-ci. En cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence; toutefois aucune indemnité ne sera versée dans les cas où un taux inférieur à 5 % du montant maximum du gain assuré serait appliqué.

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

L'atteinte s'apprécie d'après les constatations médicales.

12. En l'espèce, le recourant s'est vu reconnaître une atteinte à l'intégrité de 25 % en raison d'une fracture cervicale avec des douleurs entre ++ et +++ (10 %), une lésion de la branche sensitive du nerf musculo-cutané (5 %), ainsi qu'une PSH moyenne (10 %). Ces taux ont été additionnés.

Le recourant n'apporte aucun élément médical ou juridique susceptible de mettre en doute les taux retenus par le médecin d'arrondissement de la SUVA et basés sur les tables n° 1 et 7 établies par la SUVA. Il explique que l'atteinte à l'intégrité a été sous-évaluée et qu'elle doit être revue à la lecture desdites tables. Or, il apparaît que les taux retenus par le Dr G_____ sont justifiés, compte tenu des explications données par ce médecin et de ces tables. Ainsi, s'agissant de la fracture de la colonne cervicale, le taux est basé sur la table 7 établie par la SUVA concernant les atteintes à l'intégrité dans les affections de la colonne vertébrale. A la lecture des éléments figurant au dossier, il apparaît que le degré retenu dans l'échelle d'appréciation des douleurs fonctionnelles (++ à +++) ne prête pas le flanc à la critique et que le taux y afférent est bien de 10 %. Le taux de 5 % en regard de la lésion de la branche sensitive du nerf musculo-cutané n'est pas critiquable non plus, vu l'application par analogie des lésions nerveuses figurant à la table 1 SUVA. Enfin, découlant de cette même table, le taux pour une PSH moyenne avec mobilité de 30° au-dessus de l'horizontale est bien de 10 % et correspond aux constatations médicales.

Il résulte de ce qui précède que le taux d'atteinte à l'intégrité doit être confirmé.

13. Le recours doit donc être rejeté.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

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

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.

3. Dit que la procédure est gratuite.

4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

La greffière : La Présidente :

Janine BOFFI Karine STECK

Le secrétaire-juriste : Marius HAEMMIG

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