RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/27/2006 **ATAS/739/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 4

du 16 août 2006

En la cause

Monsieur L_____, domicilié GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître MONTAVON Gérard	recourant
contre	
SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, 6002 LUCERNE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître ELSIG Didier	intimée

Siégeant : Juliana BALDE, Présidente

Madame Karine STECK et Monsieur MATHEY-DORET Marc, juges.

EN FAIT

1. Monsieur L_____, né le 1956, originaire de l'ex-Yougoslavie, est en Suisse depuis 1979. Durant l'année 1995, l'intéressé travaillait en qualité de polisseur pour le compte de l'Atelier Brillance, à Genève. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après SUVA).

2. Le 10 novembre 1995, alors qu'il rendait visite à son fils, l'assuré est resté bloqué dans l'ascenseur de l'immeuble, au rez-de-chaussée, à un niveau légèrement plus bas que le sol. Pris de peur à l'idée de rester enfermé, l'assuré s'est précipité avec force sur la porte qui s'est ouverte. Emporté par son élan, l'assuré s'est heurté violemment le haut de la cuisse gauche contre les marches de l'escalier qui se trouvaient face à l'ascenseur et aurait perdu connaissance pendant quelques instants.

3. L'assuré a été conduit aux (ci-après "établissement hospitalier") où les médecins ont diagnostiqué une fracture sous-capitale du fémur gauche, qui a nécessité, le 11 novembre 1995, une réduction et une ostéosynthèse par triple vissage. La SUVA a pris en charge le cas.

4. Durant son hospitalisation, l'assuré a présenté un malaise objectivé avec mouvements tonico-cloniques généralisés pour lequel les investigations n'ont rien révélé d'anormal. Les suites opératoires ont été marquées par le développement d'une nécrose aseptique de la tête fémorale.

5. Le matériel d'ostéosynthèse a été enlevé le 6 novembre 1996 et l'intéressé a pu reprendre son travail à 25 % dès le 16 décembre 1996 et à plein temps dès le 6 janvier 1997. Du 5 mars au 27 mars 1997, l'assuré a bénéficié d'une thérapie intensive à la clinique termale "Zum Schiff" à Baden. Il a repris son travail le 1er avril 1997 en qualité de polisseur or auprès de son nouvel employeur, X_____ SA. Dans un rapport médical intermédiaire du 5 avril 1998, le Docteur A_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a indiqué que le traitement était terminé. A la question de savoir s'il y avait à craindre un dommage permanent, il a mentionné une coxarthrose éventuelle ultérieurement. Il a proposé un contrôle radiologique annuel.

6. L'assuré, par l'intermédiaire de son employeur, a annoncé une première rechute en date du 24 février 1998. Par courrier du 17 avril 1998, la SUVA a informé l'assuré que selon les renseignements en sa possession, les troubles étaient de nature maladive et lui a recommandé de déclarer le cas à son assurance-maladie.

7. Par déclaration du 30 janvier 2004, Y_____& Cie SA, nouvel employeur, a annoncé une nouvelle rechute de l'accident survenu en 1995, admise par la SUVA.

Dans son rapport du 31 mars 2004, le Docteur B_____, de la Permanence Vermont-Grand-Pré, a indiqué que le patient se plaignait de douleurs à la hanche gauche et au bassin, ce après status post-nécrose de la tête fémorale gauche post-traumatique. Il a prescrit des AINS, des antalgiques, de la physiothérapie et a mis l'assuré en arrêt de travail à 100 % dès le 18 janvier 2004. Une reprise de travail à 33,3 % a été prescrite dès le 29 mars 2004. L'évolution a été lentement favorable avec des supports plantaires et une reprise de travail à 50 % fixée dès le 18 mai 2004.

8. L'assuré a été examiné le 13 juillet 2004 par le médecin d'arrondissement de la SUVA, le Docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. Il a considéré qu'au vu du travail sédentaire, une reprise de travail à 100 % était prévisible prochainement.

9. Une IRM lombaire et des hanches, pratiquée le 22 septembre 2004, a mis en évidence une discopathie L5-S1, sans rétrécissement canalaire ou foraminal significatif et sans conflit radiculaire objectivable.

10. Le Docteur D_____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a prescrit une incapacité de travail totale dès le 6 septembre 2004, puis de 50 % dès le 30 septembre 2004.

11. L'employeur de l'assuré a résilié son contrat de travail pour la fin de l'année 2004 et l'assuré a cessé son travail le 8 octobre 2004.

12. Le Docteur C_____ a procédé à un examen médical de l'assuré en date du 16 novembre 2004. Dans son rapport final, il relève qu'une nécrose aseptique s'était développée des suites de l'intervention chirurgicale. Il existe une symptomatologie douloureuse, mais il n'y a pas de dégradation évidente et une aggravation de la situation sur le plan morphologique n'a pas été observée. L'assuré a mentionné encore un accident de circulation survenu le 23 février 2004, lors duquel il a subi une contusion du thorax et une entorse cervicale et pour lequel il a été en incapacité de travail du 24 février au 29 mars 2004. Au niveau cervical, aucune lésion traumatique n'a été identifiée, mais une arthrose est clairement préexistante. Les conséquences délétères de l'accident du 23 février 2004 peuvent être considérées comme éteintes. La spondylodèse lombaire symptomatique n'est pas à la charge de la SUVA. Le Docteur E_____a conclu que la profession de polisseur peut être exercée à 100 % dans la mesure où le poste de travail respecte les limitations, à savoir qu'il doit s'effectuer avant tout en position assise, avec possibilité pour l'assuré de se lever et de faire quelques pas de temps en temps. Il existe un dommage permanent que le Dr C_____ a estimé à 20 %.

13. Par décision du 11 mars 2005, la SUVA a reconnu à l'assuré une atteinte à l'intégrité de 20 % et lui a alloué une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 19'440 fr. Prenant bonne note de la reprise de travail fixée à 100 % dès le 1er février

2005 par le médecin traitant, la SUVA a constaté que les séquelles de l'accident ne réduisaient pas la capacité de gain de façon importante, de sorte que les conditions requises pour l'octroi d'une rente n'étaient pas remplies.

14. Représenté par Me Gérard MONTAVON, l'assuré a formé opposition le 11 avril 2005. Dans ses écritures complémentaires du 11 août 2005, l'assuré conteste pouvoir exercer une activité à 100 % et produit un rapport du Docteur F_____, actuel médecin traitant, selon lequel sa capacité de travail n'est que de 50 %. Il s'interroge sur l'opportunité de verser déjà l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, alors même qu'une opération est envisagée. Il informe encore la SUVA qu'il allait déposer une demande auprès de l'assurance-invalidité afin de bénéficier d'une réinsertion professionnelle et conclut au versement d'indemnités journalières.

15. Par décision du 27 septembre 2005, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assuré. S'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, elle a relevé que le degré de 20 %, estimé par le spécialiste de traumatologie, correspond à la mise en place d'une prothèse totale de la hanche, qui peut être une solution future aux problèmes de l'assuré. Dans ce contexte, elle est en droit de considérer que le traitement médical est terminé et n'a pas à attendre une décision de l'AI relative à la mise en œuvre de mesures de réadaptation professionnelle, l'assuré étant atteint au surplus de troubles étrangers à l'accident assuré. Quant à la capacité de travail, la SUVA se réfère à l'estimation du Docteur D_____ qui, à l'instar du Dr C_____, n'a plus attesté d'incapacité de travail à partir du 1er février 2005.

16. Par acte du 6 janvier 2005 (recte : 2006), l'assuré a interjeté recours auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales. Il conteste avoir eu une capacité de travail entière depuis le 1er février 2005, alléguant qu'elle n'était que de 50 % en janvier 2005, ainsi que de juin au 13 décembre 2005. Dès cette date, qui correspond à son hospitalisation pour la mise en place d'une prothèse totale de la hanche, il a été à nouveau en incapacité de travail totale. Il allègue que le médecin-conseil de l'assurance chômage, le Docteur G_____, a indiqué que son incapacité de travail était définitive pour son acticité de polisseur, mais qu'il pouvait exercer une activité légère sans effort physique. Il fait valoir que l'avis du Docteur C_____ est contredit par ceux des Docteurs D_____ et G_____.
Il conclut à l'octroi d'indemnités journalières de 50 % du 1er juin 2005 au 12 décembre 2005, puis de 100 % dès cette date jusqu'à la naissance du droit à une rente transitoire. Il demande au surplus qu'un expert soit désigné afin de décrire les atteintes et séquelles résultant de l'accident et des deux rechutes, déterminer quelles sont les activités qu'il peut exercer et fixer le taux d'atteinte à l'intégrité physique.

17. Dans sa réponse du 6 février 2006, la SUVA, représentée par Me Didier ELSIG, relève qu'à l'issue de la cure à Baden le 27 mars 1997, les médecins avaient confirmé que la capacité de travail de l'assuré était de 100 %. Suite à une rechute, une incapacité de travail de 100 % lui a été reconnue dès le 18 janvier 2004. Lors

de l'examen médical du 21 juillet 2004, le médecin-conseil a estimé que la nécrose aseptique était stabilisée, que la tête fémorale n'était pas déformée et qu'une reprise de travail à 100 % était prévisible. Le Prof. H_____, dans son rapport radiologique du 6 décembre 2004, indiquait la présence de modifications de surface très discrètes de la tête fémorale, de sorte que l'on pouvait s'attendre à l'avenir à l'apparition d'un phénomène d'arthrose. S'agissant du risque d'effondrement de la tête, il paraissait peu important puisque cette nécrose ne s'était pratiquement pas modifiée depuis 1997. A l'examen final du 16 novembre 2004, le médecin-conseil a estimé qu'il n'y avait pas de dégradation évidente de la situation, que la profession de polisseur pouvait être exercée à 100 %, dans la mesure où le poste de travail offrait la possibilité d'un travail majoritairement en position assise et ménageait la possibilité pour l'assuré de se lever et de faire quelques pas de temps en temps, ce qui était le cas de son dernier emploi. La SUVA soutient qu'en retenant une atteinte à l'intégrité de 20 %, elle s'est entièrement conformée aux dispositions légales, puisque ce taux tient compte d'une éventuelle mise en place d'une prothèse totale de la hanche dans le futur. Concernant le droit à la rente d'invalidité, la SUVA rappelle qu'au moment de sa décision, le recourant n'en remplissait pas les conditions, mais que cette question devrait être, le cas échéant, réexaminée dans le cadre de la deuxième rechute, dont le traitement est actuellement en cours. S'agissant enfin des indemnités journalières, la SUVA relève que cette question ne fait pas l'objet de sa décision, dès lors qu'une incapacité de travail de 50 % n'a été attestée qu'à compter du 7 juillet 2005 par le nouveau médecin traitant de l'assuré et que ce point sera traité dans le cadre de la deuxième rechute. La SUVA conclut au rejet du recours.

18. Dans ses dernières écritures du 10 mars 2006, le recourant a persisté dans ses conclusions.

19. Le Tribunal a communiqué le courrier du recourant à la SUVA en date du 16 mars 2006. Ensuite de quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 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. 56V 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 du droit ses 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; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Selon la jurisprudence, les nouvelles dispositions de procédure sont applicables, sauf dispositions transitoires contraires, à tous les cas en cours, dès l'entrée en vigueur du nouveau droit (ATF 131 V 316 consid. 3.3, 129 V 115 consid. 2.2 et les références).

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

   b) Conformément à l'art. 38 al. 4 let. c LPGA, les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 18 décembre au 1er janvier inclus. Cette disposition est applicable également en matière d'assurance-accidents. Le Tribunal fédéral des assurances a jugé en effet que l'interprétation, d'après laquelle la dérogation introduite par l'art.. 106 LAA ne concerne pas la suspension des délais prévue à l'art. 38 al. 4 LPGA, repose en particulier sur les travaux préparatoires de la LPGA. En outre, elle est conforme au but de cette loi qui consiste à uniformiser les règles de procédure (cf. art.. 1er let.. b LPGA) et à généraliser la règle de la suspension des délais par le biais de l'art.. 60 al. 2 LPGA, indépendamment de leur mode de calcul (en jours ou en mois). Au demeurant, cette interprétation est partagée par la doctrine, selon laquelle la computation du délai fixé à l'art.. 106 LAA doit tenir compte des périodes de suspension prévues à l'art. 38 al. 4 LPGA (voir les auteurs cités au consid. 4.4. de l'arrêt ATF 131 V 319).

c) L'art. 82 al. 2 LPGA règle la procédure du point de vue du droit transitoire. Il prévoit que les cantons doivent adapter leur législation à la LPGA dans un délai de cinq ans à partir de son entrée en vigueur. Dans son arrêt ATF 131 V 323, déjà cité (consid. 5.2), le Tribunal fédéral des assurances a considéré qu'en vertu de l'art.. 82 al. 2 LPGA, les dispositions de procédure cantonales peuvent demeurer applicables au-delà du 1er janvier 2003 et que la procédure de recours reste régie par le droit cantonal jusqu'à ce que le canton adapte sa législation, mais au plus tard jusqu'au 31 décembre 2007. Cela signifie que l'applicabilité des art. 56 ss LPGA sur le contentieux est restreinte sur le plan transitoire, dans la mesure où les cantons peuvent, en vertu de l'art. 82 al. 2 LPGA, continuer d'appliquer les règles de procédure cantonales, même si elles divergent des dispositions de la LPGA sur le contentieux. C'est pourquoi le juge cantonal qui, avant l'expiration du délai fixé à l'art. 82 al. 2 LPGA, appliquerait les règles de la LPGA sur la suspension des délais, quand bien même le droit cantonal ne prévoit pas cette institution, appliquerait à tort le droit fédéral au lieu du droit cantonal, ce qui constitue une violation du droit fédéral (ATF 131 V 324 consid. 5.3, 116 Ib 171 consid. 1 et la référence).

d) En l'occurrence, l'art. 89C de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA) prévoit la suspension des délais fixés aussi bien en mois qu'en jours. Cette réglementation cantonale est semblable à celle qui est prévue à l'art. 38 al. 4 LPGA, de sorte que cette disposition du droit cantonal demeure applicable sans réserve à la procédure de recours formé devant le Tribunal de céans contre des décisions sur opposition portant sur des prestations de l'assurance-accidents (ATF 130 V 320 consid. 2.1).

La décision sur opposition du 27 septembre 2005 a été notifiée au recourant le 28 septembre 2005. La date de l'expiration du délai de trois mois pour recourir contre cette décision échéait en principe le 28 décembre 2005. Compte tenu des 15 jours de suspension écoulés, l'expiration du délai est reportée au lundi 16 janvier 2006 (cf. ATF 125 V 39 consid. 4a; ATFA du 20 octobre 2005 U 127/04).

En conséquence, le recours interjeté le 6 janvier 2006 est recevable.

5. Il n'est pas contesté que le recourant a subi en 2004 une rechute de l'accident du 10 novembre 1995, prise en charge par l'intimée conformément à l'art. 11 de l'Ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA). Le litige porte sur l'octroi d'indemnités journalières pour les périodes de janvier 2005, du 1er juin au 12 décembre 2005 à 50 %, puis à 100 % dès le 13 décembre 2005, date de l'hospitalisation du recourant. Ce dernier sollicite en outre la mise en œuvre d'une expertise afin de déterminer son degré d'invalidité et, partant, son droit à la rente, ainsi que son degré d'atteinte à l'intégrité.

6. Préalablement, le Tribunal de céans constate que les conclusions du recourant tendant à l'octroi d'indemnités journalières sont irrecevable. En effet, d'une part, il

résulte des pièces du dossier que l'intimée lui a versé les indemnités journalières jusqu'au 31 janvier 2005 et, d'autre part, la question du versement d'éventuelles indemnités journalières dès le 1er juin 2005 repose sur des faits postérieurs à la décision litigieuse du 11 mars 2005, l'incapacité de travail de 50 % attestée par le Dr F_____ n'ayant été annoncé à l'intimée qu'en date du 8 août 2005. Ainsi que le relève l'intimée à juste titre, cette question ne concerne pas l'objet du présent litige et sera traitée dans le cadre de l'examen de la nouvelle rechute.

7. En vertu de l'art. 18 al. 1 LAA, l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il devient invalide à 10 % au moins par suite d'un accident. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Pour évaluer le taux d'invalidité, il convient de comparer le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide 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).

   Les définitions de l'incapacité de travail, de l'incapacité de gain et de l'invalidité, de même que l'évaluation du taux d'invalidité (pour les assurés exerçant une activité lucrative) contenues dans la LPGA (art.. 6, 7, 8 al. 1 et 16 LPGA) correspondent aux notions et principes développés sous l'ancien droit dans l'assurance-accidents (RAMA 2004 no U 529, p. 572).

   D'après 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. Aux termes de l'alinéa 3 de cette disposition légale, 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 OLAA qui dispose 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 (a), avec la décision négative de l'AI concernant la réadaptation professionnelle (b), avec la fixation de la rente définitive (c). 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 procéder à la comparaison des revenus (art. 16 LPGA), il convient de se placer au moment de la naissance possible du droit à la rente : les revenus avec et sans invalidité sont déterminés par rapport à un même moment; les modifications de ces revenus, susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, sont également prises en compte (ATF 128 V 174).

8. a) Le Tribunal de céans relève préalablement qu'au moment de la décision litigieuse, le recourant n'avait pas déposé de demande auprès de l'assurance-invalidité.

b) Selon le rapport établi le 16 novembre 2004 par le Dr C_____, médecin conseil de l'intimée, il n'y a pas de dégradation évidente de la situation. S'agissant des contusions thoraciques et de la contusion cervicale, une arthrose est clairement préexistante au niveau cervical et aucune lésion traumatique n'a pas été identifiée, de sorte que les conséquences délétères de l'accident du 23 février 2004 peuvent être considérées comme éteintes. Quant à la spondylose lombaire symptomatique, ce problème n'est pas à la charge de la SUVA. Le médecin conseil a conclu que la profession de polisseur peut être exercée à 100 % dans la mesure où le poste de travail s'effectue en majorité en positon assise et permet à l'assuré de se lever et de faire quelques pas de temps en temps.

Le Dr D_____, médecin traitant du recourant, a de son côté fixé une reprise de travail à 100% le 1er février 2005.

L'enquête menée par l'intimée auprès de l'ancien employeur du recourant a révélé que le poste de polisseur de boîte de montres s'exerçait à 75 % en position assise, 15 % en position alternée et 10 % en position debout. Il ne nécessitait pas le port de charges.

9. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références; Spira, La

preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert Schüpbach - Bâle, 2000, p. 268). Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; Stéphane Blanc, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). Lors de l'évaluation de l'invalidité, 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 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine).

En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est 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, 122 V 160 consid. 1c et les références).

Enfin, il convient de rappeler que l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les arrêts cités; RIEMER-KAFKA, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Fribourg 1999, p. 57, 551 et 572; LANDOLT, Das Zumutbarkeitsprinzipim schweizerischen Sozialversicherung srecht, thèse Zurich 1995, p. 61). L'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage s'applique donc également en matière d'assurance-accidents (ATF 117 V 400).

En l'occurrence, le Tribunal de céans considère que le rapport du Dr C_____, dont les conclusions rejoignent celles du Dr D_____, doit se voir attribuer pleine valeur probante. C'est en conséquence à juste titre que l'intimée a admis qu'à compter du 1er février 2005, le recourant ne présentait plus d'incapacité de gain, dès lors qu'il pouvait reprendre son ancienne activité de polisseur à plein temps. Partant, le droit à une rente d'invalidité n'est pas ouvert.

10. Si, par suite d'un accident, l'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). 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. Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (art. 25 al. 1 et 2 LAA). Selon l'art. 36 OLAA, édicté conformément à cette délégation de compétence, 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 (al. 1). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 à l'ordonnance (al. 2). En cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité physique ou mentale, dues à un ou plusieurs accidents, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée d'après l'ensemble du dommage (al. 3, 1ère phrase). Il sera équitablement tenu compte des aggravations prévisibles de l'atteinte à l'intégrité (al. 4).

En l'espèce, le médecin conseil de l'intimée, après avoir soumis le dossier radiologique du recourant au Prof. H_____, radiologue, a relevé qu'il y avait un dommage permanent et fixé le taux de l'atteinte à l'intégrité à 20 %, compte tenu du risque d'arthrose et de la mise en place, dans le futur, d'une prothèse totale de la hanche.

Le recourant considère que la fixation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est prématurée, dans la mesure où elle ne tient pas compte de ses douleurs cervicales et du fait qu'il a subi une intervention, soit la pose d'une prothèse totale de la hanche gauche, le 14 décembre 2005.

Selon le chiffre 1 al. 2 de l'annexe 3 à l'ordonnance, pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, on appliquera le barème par analogie en tenant compte de la gravité de l'atteinte. La Division médicale de la SUVA a établi plusieurs tables d'indemnisations des atteintes à l'intégrité selon la LAA. Ces tables n'ont pas valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Toutefois, selon la jurisprudence, dans la mesure où il s'agit de valeurs indicatives, destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 124 V 211 consid. 4a/cc et la référence. Celles-ci prévoient, pour le cas d'une coxarthrose moyenne, un taux d'atteinte à l'intégrité de 10 à 30 % (table 5 relative à l'atteinte à l'intégrité résultant d'arthroses dans sa teneur en vigueur dès 2000). En cas d'endoprothèse partielle ou totale, avec un résultat bon, le taux de l'atteinte à l'intégrité est de 20 %.

S'agissant des douleurs cervicales, le Tribunal de céans relève que de l'avis des médecins, l'arthrose est clairement préexistante, de sorte qu'il ne saurait en être tenu compte. Pour le surplus, il y a lieu de constater que le taux retenu par le médecin de l'intimée échappe à toute critique, dans la mesure où il a fixé le degré de l'atteinte à

l'intégrité dans l'hypothèse d'une endoprothèse totale de la hanche. Reste que si le résultat de l'endoprothèse devait, contre toute attente, se révéler mauvais ou néfaste pour l'état de santé du recourant, une révision demeurerait possible (cf. art. 36 al. 4 OLAA).

Mal fondé, le recours doit 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. Déclare irrecevables les conclusions du recourant portant sur les indemnités journalières.

3. Rejette le recours pour le surplus.

4. Dit que la procédure est gratuite.

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

Le greffier	La Présidente :
Walid BEN AMER	Juliana BALDE

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