RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2713/2005 **ATAS/321/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 3

du 30 mars 2006

En la cause

Monsieur F_____, comparant par Maître Patrick BLASER en l'étude duquel il fait élection de domicile	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 Maya CRAMER, Juges

EN FAIT

1. Monsieur F_____, né en octobre 1942, technicien en radiologie de formation, percevait des indemnités de chômage depuis le 20 novembre 1999. Dans le cadre de l'assurance-chômage, il était assuré contre les accidents non professionnels.

2. En date du 8 avril 2000, il a chuté dans les escaliers d'une mezzanine à son domicile, ce qui lui a occasionné de multiples fractures. Il a été hospitalisé, en raison également d'une crise de delirium tremens.

3. Le 9 mai 2000, le Dr A_____, spécialiste en chirurgie orthopédiste, a établi un rapport à l'attention de la CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt ; ci-après la SUVA). Il a diagnostiqué une fracture distale de la clavicule gauche, une fracture des côtes 5 à 9 gauches avec pneumothorax infra-radiologique.

4. Le Dr B_____, médecin traitant interniste, a, dans un rapport du 17 juillet 2000 à la SUVA, diagnostiqué un status post-fracture des côtes 5 à 10 gauches, un status post-hémothorax gauche drainé, ainsi qu'un status post-fracture distale de la clavicule gauche. Les douleurs costales persistaient mais l'évolution était lentement favorable.

5. Dans un rapport du 22 septembre 2000 établi après examen, le Dr C_____, médecin d'arrondissement de la SUVA spécialiste en chirurgie, a indiqué que l'état du patient n'était pas stabilisé et son incapacité de travail toujours totale.

6. Le 25 septembre 2000, le Dr B_____ a posé les diagnostics suivants : status post-fracture distale de la clavicule gauche avec diastase sans cal et status post-fracture des côtes gauches C2-C10. Il a souligné que l'évolution était compliquée par une non-consolidation de la fracture de la clavicule gauche avec une diastase importante sans cal osseux visible.

7. Dans un rapport du 7 octobre 2000 à la SUVA, le Dr D_____, spécialiste en orthopédie, a noté la persistance de douleurs au thorax et à la clavicule gauche. Il a précisé qu'une intervention était envisagée, afin d'obtenir une mobilité scapulo-humérale optimale. Dans un rapport du 24 octobre 2000, il a réitéré les mêmes remarques.

8. Le 5 décembre 2000, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI).

9. En date du 14 décembre 2000, il a subi une résection de l'extrémité discale de la clavicule gauche.

10. Dans un rapport du 21 mars 2001 établi après examen, le Dr C_____ a diagnostiqué : un status à plus de 11 mois de fractures des côtes 2 à 10 à gauche, un status après un hémothorax gauche, un status après une fracture distale de la clavicule gauche, ainsi qu'un status à trois mois de la résection distale de la clavicule gauche pour pseudarthrose. Il a indiqué que l'assuré se plaignait de douleurs à l'effort tant au niveau de l'épaule qu'au niveau basi-thoracique gauche avec répercussion sur la mobilité de l'épaule; son état n'était pas encore stabilisé. Selon le médecin, dans une activité adaptée ne nécessitant pas d'efforts du membre supérieur gauche, ni de port de charges, ni de travail au-dessus de l'horizontale, une capacité de travail serait possible, à 50% dans un premier temps. En revanche, la capacité de travail en tant que technicien en radiologie était encore nulle.

11. Dans un rapport du 19 mai 2001, le Dr D_____ a constaté l'aggravation des douleurs par la physiothérapie, ainsi que la persistance d'une limitation fonctionnelle partielle. Il a toutefois estimé que, dans une activité légère, son patient pourrait travailler.

12. Dans un rapport du 7 août 2001 établi après examen, le Dr C_____ a noté une persistance des douleurs à l'effort dans l'épaule gauche et l'hémothorax gauche avec gêne au-dessus de l'horizontale. S'agissant de l'épaule gauche, l'état du patient n'était pas encore stabilisé. Le médecin a préconisé une prise en charge dans un centre thermal. Il a estimé la capacité de travail à 50% dans une activité adaptée ne sollicitant pas le membre supérieur gauche, sans travail au-dessus de l'horizontale et sans port de charges.

13. Par décision du 20 septembre 2001, la SUVA a constaté l'incapacité totale de travail de l'assuré jusqu'au 1er avril 2001, puis sa capacité partielle à 50% dans une activité adaptée. Elle a décidé que les frais médicaux continueraient en outre à être pris en charge, jusqu'à nouvel avis.

14. Par courrier du 22 octobre 2001, l'assuré a formé opposition à cette décision en concluant au versement d'indemnités journalières entières pour une durée indéterminée avec effet rétroactif au 2 avril 2001. Il a allégué avoir des douleurs régulières au bras gauche et présenter une incapacité totale de travail, qui avait été confirmée par son médecin traitant. En outre, il a fait valoir qu'il lui serait impossible de retrouver du travail à son âge, ce que confirmait le Dr D_____.

15. Par décision du 10 janvier 2002, la SUVA a annulé sa précédente décision et repris le versement des indemnités journalières entières avec effet au 2 avril 2001.

16. Dans un rapport du 25 janvier 2002 établi après examen, le Dr C_____ a constaté une limitation de l'adduction/antépulsion à 90 degrés à gauche et une rotation interne limitée à L5. L'incapacité de travail était toujours totale. L'assuré avait pris rendez-vous avec le Professeur E_____ qui envisageait une nouvelle intervention chirurgicale au niveau de l'épaule gauche.

17. Le 30 avril 2002, l'assuré s'est fait opérer aux Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après les HUG) par le Professeur E_____, qui a procédé à un laçage acromio-claviculaire selon Weaver-Dunn, modifié à gauche.

18. Par décision du 17 janvier 2003, l'OCAI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité à partir du 1er avril 2001.

19. Dans un rapport du 10 février 2003, le Professeur E_____ a diagnostiqué un status post-opération luxation acromio-claviculaire avec excision de la clavicule et instabilité suite à une intervention du 30 avril 2002. Une réostéosynthèse de l'épaule gauche était prévue le 12 février 2003. L'incapacité de travail était toujours totale. Le traitement consistait en de la physiothérapie de l'épaule gauche en piscine.

20. Le 12 février 2003, l'assuré a subi une restabilisation par laçage acromio-claviculaire en croix et embrochage acromio-claviculaire à gauche.

21. Dans un rapport du 19 juin 2003, le Professeur E_____ a diagnostiqué un status post-Weaver-Dunn de l'épaule gauche, ainsi qu'un status post-embrochage acromio-claviculaire. Il a estimé que l'évolution était bonne.

22. Le 4 août 2003, le Professeur E_____ a relevé que l'épaule gauche était toujours douloureuse et en traitement de physiothérapie.

23. Dans un rapport du 27 octobre 2003 établi après examen, le Dr C_____ a constaté une limitation de la mobilité, une amélioration s'agissant des douleurs au repos, mais la persistance de douleurs à l'effort. Il a indiqué que des infiltrations avaient dû être faites et que le traitement de physiothérapie était toujours en cours. L'état du patient n'était pas stabilisé et l'incapacité totale de travail restait justifiée.

24. Dans un rapport du 6 novembre 2003, le Professeur E_____ a fait état d'une évolution satisfaisante, avec des douleurs résiduelles dans l'acromio-clavicule. Le traitement de physiothérapie était toujours en cours.

25. Dans un rapport du 15 mars 2004, il a indiqué qu'une AMO des broches acromio-claviculaires avait eu lieu le 24 avril 2003, que l'évolution était satisfaisante et que le traitement de physiothérapie était toujours en cours.

26. En date du 22 avril 2004, le Dr C_____ a effectué un examen médical final de l'assuré. Il a noté la présence de douleurs nécessitant la prise d'antalgiques régulière sous forme de TRAMAL, une réduction de la mobilité de l'épaule, une gêne à l'effort, une guérison des fractures des côtes et de l'hémothorax gauche. A l'examen, il a retrouvé des douleurs à la palpation de la région acromio-claviculaire, au niveau du site multi-opéré, avec une réduction de la mobilité limitée à 90 degrés en adduction/antépulsion et modérée en rotation interne, associée à des douleurs à l'effort. Il a estimé que l'état du patient était stabilisé. L'assuré ne pouvait effectuer

d'efforts avec le membre supérieur gauche lors du port de charges, ni maintenir la position du membre supérieur gauche à 90 degrés et au-dessus, ni élever des charges du sol à l'horizontale; en principe, en respectant ces limitations, il pourrait travailler à plein temps. Le Dr C_____ a estimé l'atteinte à l'intégrité à 15% selon les tables publiées par les médecins de la SUVA (selon la table 1, le taux de 15% correspondait à une épaule mobile jusqu'à l'horizontale avec périarthrite scapulo-humérale moyenne à grave).

27. Par courrier du 3 mai 2004, la SUVA a informé son assuré qu'elle mettait fin au versement de ses indemnités journalières avec effet au 31 mai 2004 et qu'elle allait en outre se prononcer sur une invalidité partielle dès le 1er juin 2004 pour les seules séquelles accidentelles du membre supérieur gauche. Elle a jugé que le traitement médical était terminé, à l'exception de 4 à 6 consultations par année chez son médecin traitant avec prescription de médicaments antalgiques, ainsi que de 2 à 3 séries de 9 séances de physiothérapie par année.

28. Par courrier du 26 mai 2004, l'assuré a formé opposition à la lettre de la SUVA du 3 mai 2004, faisant valoir que sa capacité de travail restait nulle, selon un certificat du Dr B_____ du 25 mai 2004.

29. Par lettre du 27 mai 2004, le Professeur E_____ a indiqué à la SUVA que la situation au niveau de l'épaule gauche se stabilisait mais nécessitait un traitement d'entretien, consistant en une mobilisation, une physiothérapie et un entretien musculaire. Cette clavicule distale multiopérée engendrait des douleurs lors de l'utilisation répétitive du membre supérieur gauche qui excluaient un travail mettant cette épaule à contribution.

30. Par courrier du 8 juin 2004, la SUVA a informé son assuré que sa lettre du 3 mai 2004 ne constituait pas une décision formelle sujette à opposition.

31. L'assuré a alors demandé à la SUVA de rendre une décision formelle et a produit une attestation du Dr B_____ datée du 1er juillet 2004, indiquant que la situation orthopédique au niveau de l'épaule se chronicisait négativement dans le sens d'une douleur persistante à la mobilisation passive et active et que la mobilisation répétitive de ce membre engendrait des douleurs qui excluaient toute activité professionnelle mettant ladite épaule à contribution.

32. Par décision du 15 février 2005, la SUVA a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité de 31% à partir du 1er juin 2004, prenant en compte un gain annuel assuré avant invalidité de 75'151 fr. et un gain après invalidité de 55'000 fr. correspondant à des activités telles que celles d'employé d'usine, surveillant de locaux ou de machines, caissier, portier, gardien de parking. De la comparaison de ces revenus résultait une perte de gain de 31,25%, donnant droit à une rente d'invalidité de 31%. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité s'élevait quant à elle à 15% d'un gain annuel de 106'800 fr., soit à 16'020 fr.

33. Par courrier du 15 mars 2005, l'assuré a formé opposition à cette décision en concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité LAA depuis le 1er juin 2004, ainsi qu'à la réévaluation de son indemnité pour atteinte à l'intégrité. Il a fait valoir que selon son médecin traitant et le Professeur E_____, ses douleurs et la perte fonctionnelle de son bras gauche ne lui permettaient pas d'envisager la reprise d'une activité professionnelle. Il estime que, par sa décision du 10 janvier 2002 reprenant le versement d'indemnités journalières entières, la SUVA a implicitement reconnu qu'il n'était pas en mesure d'exercer une activité professionnelle. Il fait valoir que son état ne s'est pas amélioré depuis lors et qu'il a subi plusieurs interventions chirurgicales n'ayant abouti à aucun changement. S'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, il invoque l'avis du Professeur E_____ lequel avait estimé, selon les tabelles de la SUVA, que sa périarthrite de l'épaule, de degré sévère à grave, équivalait à une perte de 30%. Enfin, il a produit une attestation du Professeur E_____ datée du 22 février 2005, selon laquelle "les douleurs persistantes que ressent l'assuré, qui sont pratiquement constantes et qui l'obligent à prendre jusqu'à 200 mg de TRAMAL par jour, ainsi que la perte fonctionnelle de l'utilisation de son épaule gauche devraient faire en sorte que la diminution de capacité de gain soit au minimum de 50%, voire de 75%".

34. Suite à l'opposition de l'assuré, la SUVA a soumis le cas au Dr G_____, spécialiste en chirurgie. Celui-ci a relevé, dans une attestation du 6 avril 2005, que les certificats du Professeur E_____ faisaient mention d'une bonne évolution ou d'une évolution satisfaisante, ce qui contredisait son appréciation de l'invalidité de 50 à 75%. En outre, une perte fonctionnelle de l'utilisation de l'épaule gauche ne pouvait objectivement entrer en ligne de compte; le Dr C_____ n'avait d'ailleurs pas trouvé de fausse mobilité évidente. S'agissant de l'exigibilité d'une activité adaptée, l'appréciation du Dr C_____ était également plausible d'un point de vue médical. L'on ne voyait en effet pas pourquoi un travail léger au-dessous de l'horizontale avec la main gauche ne pourrait être possible toute la journée. Le bras droit, dominant, était par ailleurs valide. Enfin, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15% était tout à fait correcte, compte tenu de l'adduction possible jusqu'à 90 degrés.

35. Par décision sur opposition du 21 avril 2005, la SUVA a confirmé sa décision initiale en se référant aux avis des Drs C_____ et G_____ selon lesquels une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assuré était exigible. La SUVA a relevé que le Professeur E_____ s'était fondé essentiellement sur les déclarations de l'assuré et qu'il n'était pas possible, sur un plan objectif, de considérer la perte fonctionnelle de l'utilisation de l'épaule comme totale. Ce médecin n'avait en outre pas fait d'estimation différenciée de la capacité de travail et n'avait pas tenu compte de l'évolution satisfaisante, voire bonne, des différentes interventions chirurgicales. S'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, la SUVA a relevé qu'elle avait été évaluée d'après les constatations médicales et que le taux de 15% fixé par le Dr C_____ correspondait à une épaule mobile jusqu'à

l'horizontale et à une périarthrite scapulo-humérale moyenne à grave. Les conclusions du Professeur E_____ en faveur d'une périarthrite sévère à grave ne correspondaient pas à la réalité, compte tenu du fait qu'il n'y avait pas de fausse mobilité évidente et que l'adduction était possible jusqu'à 90 degrés.

36. Par courrier du 25 juillet 2005, l'assuré a interjeté contre cette décision auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales, en concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité LAA à partir du 1er juin 2004, ainsi qu'au versement d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 30%. Il soutient que selon ses médecins traitants, il est dans l'incapacité totale d'exercer la moindre activité, en raison notamment de vives douleurs constantes et de la perte fonctionnelle de l'utilisation de son épaule gauche. Il fait valoir que les opinions des Drs B_____ et E_____ sont propres à mettre en doute l'avis et les conclusions de l'expert du service de l'assureur-accidents. S'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, il soutient qu'une périarthrite de l'épaule, sévère à grave, équivaut. selon les tabelles de la SUVA, à une perte de 30% et que l'intimée a par conséquent mal évalué sa situation qui, au vu des séquelles fonctionnelles de son membre supérieur gauche, n'a que peu de chances de s'améliorer.

37. Dans sa réponse du 16 août 2005, l'intimée a relevé que l'avis des Drs B_____ et E_____ ne reposait sur aucun examen au cours duquel aurait été mesurée la mobilité résiduelle de l'épaule. Or, seul un tel examen aurait permis selon elle de confronter les résultats et, le cas échéant, de mettre en doute ceux du Dr C_____. Ainsi, l'avis de ces deux médecins, subjectif, ne peut faire douter des conclusions du médecin-conseil de la SUVA, lequel a parfaitement tenu compte des douleurs du recourant et de sa mobilité réduite. L'intimée relève également que le Professeur E_____ a fait état d'une capacité résiduelle de gain de 50%, tout en retenant une totale incapacité de travail, ce qui est contradictoire. Cette estimation de la capacité de gain ne repose de surcroît sur aucun calcul comparatif et est donc dépourvue de toute valeur. S'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, l'intimée l'estime à 15%, compte tenu d'une adduction possible jusqu'à 90 degrés et d'absence de fausse mobilité apparente.

38. Dans sa réplique du 22 septembre 2005, le recourant a expliqué avoir subi une dernière intervention au cours de laquelle le Professeur E_____ a tenté un embrochage acromio-claviculaire ; cependant, il a mal réagi et les broches ont dû lui être retirées. Ainsi, sa clavicule gauche est pour ainsi dire flottante, car maintenue à l'épaule que par de simples ligaments accessoires. La mobilité de cette épaule s'en trouve par conséquent très nettement réduite. Il fait valoir par ailleurs que la SUVA n'a pas tenu compte du fait que la prise d'antalgique (TRAMAL) provoque fréquemment chez ses utilisateurs la survenance de vertiges, d'obnubilations et de tremblements. En outre, à 63 ans, il est parfaitement illusoire de penser qu'il puisse retrouver un quelconque emploi. S'agissant de l'avis du Dr G_____, deuxième médecin-conseil, le recourant relève que celui-ci n'a

procédé à aucun examen. Il en tire la conclusion que son avis n'est pas probant. Enfin, concernant l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, il soutient que l'appréciation du Professeur E_____, qui a lui-même opéré et procédé à de nombreux examens médicaux, doit être prise en considération.

39. Dans sa duplique du 29 septembre 2005, la SUVA a rétorqué que le fait de dresser la liste des effets secondaires figurant sur la notice du TRAMAL, alors qu'aucun effet particulier n'avait été relevé chez le recourant, ne lui était d'aucun secours.

40. Par courrier du 9 février 2006, le Tribunal de céans a requis auprès de l'OCAI son dossier relatif à l'assuré, qui lui a été transmis en date du 20 février 2006 et mis à disposition des parties pour consultation.

41. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 (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 3 juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs (art. 162 LOJ).

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 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 connaître du cas d'espèce est dès lors établie.

3. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant des modifications législatives notamment dans le droit de l'assurance-accidents. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2 ; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités). Dans la mesure où

l'accident du recourant s'est produit en avril 2000, ces principes de droit intertemporel commandent l'examen du bien-fondé de la décision sur opposition du 21 avril 2005 à la lumière des anciennes dispositions de la LAA pour la période s'étendant jusqu'au 31 décembre 2002 et, le cas échéant, au regard des nouvelles dispositions de la LPGA pour la période postérieure (ATF 130 V 332 consid. 2.2 et 2.3). En ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

4. Interjeté dans les forme et délai légaux, le recours est recevable à la forme (art. 106 LAA dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2003, en dérogation à l'art. 60 LPGA).

5. a) Le litige porte d'une part, sur le degré de la rente d'invalidité LAA allouée au recourant depuis le 1er juin 2004 et, d'autre part, sur le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Il convient de relever que le lien de causalité naturelle et adéquate entre les atteintes à la santé et l'accident est en l'occurrence établi et non contesté.

   b) Ainsi que le Tribunal fédéral des assurances (ci-après le TFA) l'a déclaré à maintes reprises, la notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité. Dans ces trois domaines, elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé assurée, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entrent en ligne de compte pour l'assuré. La définition de l'invalidité est désormais inscrite dans la loi.

   Selon l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée. En raison de l'uniformité de la notion d'invalidité, il convient d'éviter que pour une même atteinte à la santé, assurance-accidents, assurance militaire et assurance-invalidité n'aboutissent à des appréciations divergentes quant au taux d'invalidité. Cela n'a cependant pas pour conséquence de les libérer de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité. En aucune manière un assureur ne peut se contenter de reprendre simplement et sans plus ample examen le taux d'invalidité fixé par l'autre assureur car un effet obligatoire aussi étendu ne se justifierait pas.

   D'un autre côté, l'évaluation de l'invalidité par l'un des assureurs ne peut être effectuée en faisant totalement abstraction de la décision rendue par l'autre. A tout le moins, une évaluation entérinée par une décision entrée en force ne peut pas rester simplement ignorée. Elle doit au contraire être considérée comme un indice d'une appréciation fiable et, par voie de conséquence, prise en compte ultérieurement dans le processus de décision par le deuxième assureur.

Aussi, l'assureur doit-il se laisser opposer la présomption de l'exactitude de l'évaluation de l'invalidité effectuée, une appréciation divergente de celle-ci ne pouvant intervenir qu'à titre exceptionnel et seulement si certaines conditions sont réalisées. En particulier, peuvent constituer des motifs suffisants de s'écarter d'une telle évaluation le fait que celle-ci repose sur une erreur de droit ou sur une appréciation insoutenable ou encore qu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec l'assuré. A ces motifs de divergence déjà reconnus antérieurement par la jurisprudence, il faut ajouter des mesures d'instruction extrêmement limitées et superficielles, ainsi qu'une évaluation pas du tout convaincante ou entachée d'inobjectivité (ATF 126 V 293 consid. 2d; VSI 2004 p. 185 consid. 3; RAMA 2001 n° U 410 p. 73 s. consid. 3, 2000 n° U 406 p. 402 s. consid. 3).

c) Selon l'art. 18 LAA, dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2003, si l'assuré est invalide à 10% au moins à la suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (al. 1). Cet alinéa renvoie à la LPGA pour la notion d'invalidité. Cela étant, la LPGA n'a pas modifié la notion d'invalidité (ATF 130 V 343). Cette notion correspond à l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Le taux d'invalidité résulte de la comparaison entre le revenu que l'assuré aurait pu réaliser s'il n'était pas invalide et 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).

A cet égard, le revenu d'invalide 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. Dans ce cas, 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 ss. consid. 3b/bb; 78 ss. consid. 5). Enfin, le revenu de l'activité raisonnablement exigible 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 (FRESARD, L'assurance-accidents obligatoire, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, Bâle, 1998, n° 77).

Est déterminant lors de la comparaison des revenus au sens de l'art. 16 LPGA le moment de l'ouverture du droit à une éventuelle rente et non celui de la décision

sur opposition. L'assureur-accidents est cependant tenu, avant de se prononcer sur le droit à une prestation, d'examiner si aucune modification significative des données hypothétiques déterminantes n'est intervenue durant la période postérieure à l'ouverture du droit. Dans ce cas, il lui incombe de procéder à une nouvelle comparaison des revenus avant de rendre sa décision (ATF 128 V 174).

La notion de gain assuré est, en outre, précisée, en relation avec le calcul des prestations en espèces, par l'art. 15 al. 2 LAA. Est réputé tel, pour le calcul des rentes et des indemnités journalières, le dernier salaire que l'assuré a reçu avant l'accident, respectivement durant l'année qui a précédé l'accident.

Il convient à cet égard de préciser que revenu sans invalidité et gain assuré sont deux notions distinctes. Le revenu sans invalidité représente le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide; il permet calculer le degré d'invalidité selon la méthode générale de la comparaison des revenus et, partant, de déterminer le droit ou non d'un assuré à une rente d'invalidité (art. 18 LAA et 16 LPGA). Le gain assuré, lui, sert de base au calcul du montant proprement dit de cette rente (art. 20 al. 1 LAA).

d) Le juge des assurances sociales 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 du médecin 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).

Selon la jurisprudence, le fait que le médecin consulté soit lié à l'assureur par des relations de service ne permet pas pour ce seul motif de conclure à un manque d'objectivité ou d'impartialité de sa part. Il faut qu'il existe des circonstances particulières qui justifient objectivement la méfiance de l'assuré pour ce qui est de l'impartialité de l'appréciation. Le TFA a ainsi jugé qu'en matière d'assurance-accidents, l'administration et le juge des assurances sociales pouvaient, sous certaines réserves, se prononcer sur la base d'expertises réalisées par des médecins liés à l'institution d'assurance (ATF 122 V 157).

S'agissant de la valeur probante des rapports établis par des médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait relevant de l'expérience que, de par sa position de confident privilégié que lui confère son mandat, 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, et tranchera dans le doute en faveur de son patient (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb et cc).

6. Tout d'abord, il convient d'examiner comment l'OCAI a déterminé le taux d'invalidité de la rente qu'il sert au recourant. En date du 8 août 2002, il a transmis à l'assuré un projet d'acceptation de rente entière d'invalidité à partir du 8 avril 2001. Pour fixer le degré d'invalidité, il s'est basé principalement sur les documents médicaux issus du dossier de la SUVA et n'a pas fait procéder lui-même à une expertise médicale. Or, en août 2002, la situation médicale de l'assuré n'est pas encore stabilisée. En effet, il a subi un laçage acromio-claviculaire selon Weaver-Dunn modifié à gauche, en avril 2002, une restabilisation par laçage acromio-claviculaire en croix et embrochage acromio-claviculaire à gauche en février 2003 et une AMO des broches acromio-claviculaires en avril 2003. Selon le Professeur E_____, qui a procédé à ces interventions, l'évolution était satisfaisante à bonne. Ainsi, il apparaît que l'OCAI a évalué l'invalidité de manière sommaire sans tenir compte des évaluations de l'époque des Drs C_____ et D_____. Partant, son appréciation ne saurait être retenue.

7. Il s'agit dès lors de déterminer le degré d'invalidité du recourant.

   Il y a d'abord lieu de constater que le rapport final du Dr C_____ d'avril 2004 a pleine valeur probante selon les critères jurisprudentiels dégagés par le TFA. Après un examen complet, il constate que le recourant ne peut effectuer d'efforts avec le membre supérieur gauche lors du port de charges, ni maintenir la position de ce membre à 90 degrés et au-dessus, ni élever des charges du sol à l'horizontale. Cependant, dans le cadre d'une activité adaptée, il pourrait travailler de manière complète.

   L'attestation du Professeur E_____ de février 2005 apparaît quant à elle très sommaire et ce médecin n'explique pas pourquoi il ne tient pas compte de la mobilité résiduelle du membre gauche du patient - constatée par le Dr C_____ et non remise en question par ses propres constatations - pour évaluer la capacité de travail du recourant. En outre, il estime que les douleurs persistantes et la perte fonctionnelle de l'utilisation de l'épaule gauche devraient entraîner une incapacité de gain de 50 à 75%. Sans doute, en évoquant une capacité de gain, entend-il parler d'une capacité résiduelle de travail, sans toutefois préciser pour quelles activités l'assuré présente ladite capacité. De surcroît, ce médecin indique, en mai 2004, que la situation au niveau de l'épaule gauche se stabilise mais nécessite un traitement d'entretien; cette clavicule distale multi-opérée engendre des douleurs lors de l'utilisation répétitive du membre supérieur gauche qui

actuellement excluent un travail mettant cette épaule à contribution. Ces considérations laissent supposer que dans un travail adapté, ne mettant pas à contribution l'épaule gauche, une capacité résiduelle de travail resterait entière. Ainsi, les appréciations peu précises et non motivées du Professeur E_____, médecin traitant, ne sauraient mettre en doute les constatations faites par le Dr C_____.

Enfin, le Dr D_____ estimait dans un rapport du 19 mai 2001 déjà - antérieur aux opérations subies par le recourant, qui ont eu des suites favorables -, que dans une activité légère, son patient pourrait travailler en tant que technicien en rayons X. Ce médecin rejoint donc l'appréciation du Dr C_____ quant à l'entière capacité résiduelle de travail du recourant.

Au vu des considérations qui précèdent, il convient de considérer que le recourant présente une capacité résiduelle de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

8. Il y a dès lors lieu de procéder à une comparaison des revenus avant et après invalidité pour déterminer le degré d'invalidité de l'assuré.

Le recourant bénéficiait d'indemnités journalières de l'assurance-chômage depuis trois ans lorsqu'il a été victime de son accident. En l'absence de gain effectivement réalisé, il y a lieu de prendre les salaires statistiques en 2002. Le salaire statistique de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités requérant des connaissances professionnelles spécialisées dans le secteur public et privé, soit en 2002, 5'557 fr. par mois (cf. L'Enquête suisse sur la structure des salaires 2002 (ESS), p. 47, tableau TA3; niveau de qualification 3, hommes), au vu de la profession du recourant. Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de 40 heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2002 (41,7 heures; La Vie économique, 3/2006, p. 90, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à 5'793 fr. 17 par mois (5'557 fr. x 41,7 : 40), ce qui donne 69'518 fr. 05 par an. Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires de 2002 à 2004 (+ 2,3%; La Vie économique, 3/2006, p. 91, tableau 10.2), on obtient un revenu annuel de 71'116 fr. 95 fr.

S'agissant du revenu d'invalide, l'ESS 2002 fait état d'un salaire mensuel brut (valeur centrale) de 4'557 fr. pour les hommes exerçant une activité simple et répétitive dans le secteur privé, toutes branches économiques confondues (tableau TA1, p. 43, niveau de qualification 4, hommes). Il convient de rectifier ce salaire mensuel, d'une part au motif que les salaires bruts standards sont calculés par rapport à un horaire de travail de 40 heures par semaine, soit une durée inférieure à la moyenne hebdomadaire dans les entreprises en 2002 (41,7 heures ; La Vie économique, 3/2006, p. 90, tableau B 9.2), et d'autre part afin de prendre en considération l'évolution des salaires nominaux entre 2002 et 2004 (+ 2,3%; La Vie

économique, 3/2006, p. 91, tableau 10.2). Le montant qui doit dès lors être retenu en tant que salaire d'invalide s'élève à 58'319 fr. 25.

L'âge du recourant et ses limitations fonctionnelles justifient, enfin, de procéder à une réduction de ce salaire statistique de 15 %, si bien que le revenu d'invalide s'élève à 49'571 fr. 35.

Si l'on procède à la comparaison des deux revenus déterminants (à savoir 71'116 fr. 95 pour le revenu sans invalidité et 49'571 fr. 35 pour le revenu d'invalide), le taux d'invalidité de l'assuré atteint 30,30 % ([71'116,95 - 49'571,35] x 100 : 71'116,95).

La décision litigieuse doit donc être confirmée sur ce point.

9. Il convient maintenant de déterminer le degré de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité auquel a droit le recourant.

Si, par suite de l'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). 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. 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 (GILD et ZOLLINGER, Die Integritätentschädigung nach dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Berne 1984, pp. 38 et 46; dans le même sens, MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, Berne 1985, p. 417; RUMO-JUNGO, MURER, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Zurich 1991, ad art. 25 al. 1, p. 104).

En vertu des art. 25 al. 2 LAA et 36 al. 1 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA), le Conseil fédéral a édicté des directives sur le calcul de l'atteinte à l'intégrité, constituant l'annexe 3 de l'OLAA. L'annexe 3 à l'OLAA comporte un barème des atteintes à l'intégrité en pour cent du montant maximum du gain assuré. Ce barème - reconnu conforme à la loi - ne constitue pas une énumération exhaustive (ATF 124 V 32 consid. 1b 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 chiffre 2 de l'annexe dispose au surplus qu'en cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence, aucune indemnité n'étant toutefois versée dans les cas pour lesquels un taux inférieur à 5 % du montant maximum du gain assuré serait appliqué. Par ailleurs, la

division médicale de la SUVA a en outre élaboré des tables complémentaires plus détaillées que le Tribunal fédéral des assurances 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).

Enfin, le montant maximum du gain assuré sur lequel doit se calculer l'indemnité pour atteinte à l'intégrité s'élève à 106'800 fr. (art. 22 al. 1 OLAA).

10. En l'occurrence, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité physique a été calculée par l'intimée sur la base de la table 1 de la SUVA (périarthrite scapulo-humérale moyenne [10%] à grave [25%]). L'assurance a retenu sur cette base un degré de 15%.

    Il y a lieu de relever que l'atteinte à la clavicule ne figure pas dans les tables de la SUVA et qu'il convient dès lors d'appliquer le barème par analogie en tenant compte de la gravité de l'atteinte. Cette analogie peut s'effectuer avec "la périarthrite scapulo-humérale moyenne à grave", mais peut également se faire avec "l'épaule mobile jusqu'à l'horizontale" qui correspond à un taux de 15%, égal au demeurant à celui retenu par l'intimée.

    Au vu de ce qui précède, il y a lieu de constater que le degré de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité retenu est correct et doit également être confirmé.

    Le recours s'avère par conséquent en tous points mal fondé et sera 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

La secrétaire-juriste : Frédérique GLAUSER

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