RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4379/2005 **ATAS/1048/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 3

du 16 novembre 2006

En la cause

Monsieur L_____, domicilié 1962, F-01200 BELLEGARDE s/Valserine, France, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Fateh BOUDIAF	recourant

contre

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

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

EN FAIT

1. Monsieur L_____, de nationalité française, est né en France le 1977. Il est titulaire d'un diplôme de licence (trois ans après le baccalauréat), dans l'exploitation minière, obtenu en 1999, à l'Université d'Annaba, en Algérie.

2. En juillet 2001, il est revenu en France et a vécu de divers travaux manuels (manutention, mise en rayon, serveur). Il y réside toujours.

3. Le 24 octobre 2002, l'assuré s'est inscrit à l'Université de Genève en vue d'y suivre une formation informatique. Parallèlement, à compter du 1er novembre 2002, il a travaillé auprès de X_____SA (ci-après: l'employeur), sise au Grand-Saconnex, en tant qu'agent d'exploitation (bagagiste). En cette qualité, il a été assuré contre les risques accidents auprès de la CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt ; ci-après la SUVA).

4. Le 13 décembre 2003, compte tenu de sa situation financière, l'assuré s'est ex-matriculé de l'Université de Genève.

5. Le 27 février 2003, alors que l'intéressé consultait un écran d'ordinateur, assis à une table dans le cadre de son travail, un tracteur a renversé la table où il se trouvait et l'a heurté à la main droite et à la jambe gauche.

6. Selon un rapport radiologique du Dr. A_____ du 28 février 2003, il n'y avait de lésion post-traumatique ni à la jambe gauche ni à la main droite.

7. Le 20 mars 2003 l'employeur a annoncé l'accident à la SUVA qui l'a pris en charge.

8. La radiographie effectuée le 26 mars 2003 par la Dresse B_____ n'a révélé aucune fracture ni arrachement visible.

9. L'IRM effectuée le 12 mai 2003 à "établissement hospitalier" par la Dresse B_____, a révélé un œdème des tissus mous en regard de la face dorsale des métacarpiens, prédominant au niveau du 3ème métacarpien où une petite collection liquidienne plus focale était présente, longeant la face dorsale de l'extenseur du 3ème doigt. Le médecin a évoqué un petit hématome en voie de résorption ou une petite ténosyvite à ce niveau. Aucun signe de rupture tendineuse ou d'atteinte osseuse n'a néanmoins été décelé.

10. Selon le rapport intermédiaire établi le 23 juin 2003 par le Dr C_____, l'assuré souffrait alors toujours d'un traumatisme à la main droite. Ce médecin a conseillé de procéder une IRM et de consulter la Dresse D_____.

11. Une fiche téléphonique de la SUVA du 23 juin 2003 relate un entretien avec la Dresse D_____. Celle-ci a informé l'assureur que la main droite du patient restait gonflée malgré les thérapies. Au vu de la dernière IRM, le médecin indiquait qu'il n'y avait aucun élément en faveur d'une algodystrophie. Elle suspectait un syndrome de Münchhausen et conseillait un séjour à la Clinique de réadaptation de Sion (ci-après: CRR) pour examen.

12. Le 18 juillet 2003 le Dr E_____, médecin d'arrondissement de la SUVA, a procédé à un examen de l'assuré. Dans son rapport du 21 juillet 2003, il a rappelé les évènements et les documents médicaux depuis l'accident, a recueilli les plaintes de l'intéressé et a effectué différentes mesures (du poignet et des épaules). Le médecin a fait état d'une guérison de la contusion de la jambe gauche. Il a en revanche jugé que persisteraient un œdème localisé au regard de la face dorsale des 2ème et 3ème rayons ainsi qu'une réduction modérée de la mobilité du poignet. Il a souligné que la dernière IRM ne contenait aucun signe de rupture tendineuse ni d'atteinte osseuse ou musculaire. Il a qualifié l'état du patient de non-stabilisé et conseillé un séjour à la CRR pour observation et réintégration dans l'activité professionnelle.

13. L'assuré a séjourné dans le service de réadaptation générale de la CRR du 29 juillet au 15 septembre 2003. Dans leur rapport du 1er octobre 2003, les Drs . F_____ et G_____ont retenu comme diagnostics : une contusion de la main droite, un majeur droit à ressort ainsi qu'une réaction périostée plus hyperfixation scintigraphique du 2ème métacarpien dont l'étiologie ne pouvait être affirmée avec certitude à ce stade. Le rapport de la CRR contient un status ostéo-articulaire et un status neurologique; par ailleurs, tous les examens effectués jusqu'alors et pendant le séjour ont été répertoriés. Selon les médecins cités, une tuméfaction dure, au niveau dorsal était présente entre les 2ème et 3ème métacarpiens de la main droite. Il n'existait toutefois aucun argument pour retenir une algodystrophie. Aucune anomalie osseuse ne pouvait être décelée. A la scintigraphie osseuse, se dégageait une hyperfixation de la diaphyse du 2ème métacarpien sans aucun signe d'une algodystrophie. Une IRM de la main montrait un hypersignal avec réaction périostée au niveau du tendon extenseur de l'index. Cet examen ne permettait toutefois pas de préciser exactement l'étiologie des anomalies. Malgré un plâtre de résine posé pendant une quinzaine de jours, l'oedème n'avait pas régressé. Aucun élément d'ordre psychiatrique n'a été retenu par le consilium psychiatrique. D'après une imagerie avec radiographie et échographie effectuée par le Dr H_____, il n'y avait aucune anomalie des tendons extenseurs mais une simple tuméfaction des parties molles et du deuxième espace interosseux. Il existait également une irrégularité de la corticale osseuse et du deuxième métacarpien. On pouvait de nouveau constater une apposition périostée au niveau du 2ème métacarpien. Les médecins ont jugé que la capacité de travail restait nulle jusqu'à nouvel ordre car le patient avait beaucoup de difficultés à se servir de sa main et le diagnostic n'avait pas encore été résolu. Dans le rapport

final des ateliers professionnels, que l'assuré a fréquenté du 13 août 2003 au 16 septembre 2003, Monsieur D1_____a relevé que l'intéressé travaillait sur les logiciels WORD, EXCEL, un peu sur internet, qu'il avait fait preuve d'assiduité et s'était même présenté en dehors des heures pour travailler.

14. Le 17 octobre 2003, la Dresse D_____ a procédé à une révision chirurgicale de la main et à des biopsies qui ont objectivé une fibrose cicatricielle.

15. Le 14 novembre 2003, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITÉ (ci-après: OCAI), en vue de l'octroi d'une rente.

16. Il ressort du rapport établi le 8 avril 2004 par le Dr C_____ à l'intention de la SUVA, que l'assuré souffrait d'une entorse au poignet et d'une contusion au tibia gauche. Son incapacité de travail a été jugée totale.

17. Le 25 juin 2004, l'assuré a consulté le Dr. I_____, spécialiste en médecine interne du département de psychiatrie de (ci-après: "établissement hospitalier") qui lui a proposé un suivi au Centre de Thérapies Brèves (CTB) de la Servette.

18. Dans son avis de sortie, le Dr Nicolas L_____, psychiatre aux Institutions universitaires de Belle-Idée, a diagnostiqué un état de stress post-traumatique (F34.1).

19. Le rapport établi le 16 août 2004 par le CTB des "établissement hospitalier" mentionne le diagnostic de troubles d'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressive (F 34.22).

20. Le 19 octobre 2004, le dossier complet de l'assuré a été soumis au médecin d'arrondissement de la SUVA, le Dr J_____. Dans son rapport, ce médecin a rappelé les différents événements intervenus depuis l'accident et a résumé les rapports médicaux rendus. Il a examiné personnellement l'assuré et recueilli ses plaintes. Il a relevé que la contusion de la jambe gauche était guérie et sans séquelles. Il a procédé à différentes mesures des fonctions de la main et des doigts (bilan fonctionnel, force de poigne, mobilité du poignet, préhensions, enroulement des doigts, flexion et extension des doigts). Il a relevé que la force de la main gauche s'élevait à 56kg alors que celle de la main droite n'était que de 4kg. Il a mentionné en outre la présence de douleurs et de troubles fonctionnels au niveau D2 et D3. Il a estimé que l'assuré était incapable de reprendre son ancienne activité lucrative mais qu'en revanche, dans une activité adaptée, sans port de charges moyennes à lourdes et sans manutentions répétitives, sa capacité de travail serait totale. Enfin, il a estimé que l'atteinte à la main correspondait à une indemnité pour atteinte à l'intégrité à 5%. Pour ce faire, il a appliqué la figure 26 de la table 3 correspondant à une perte de phalanges.

21. Dans un courrier du 10 janvier 2005, l'assuré a informé la SUVA qu'avec l'arrivée de l'hiver, il souffrait de douleurs très fortes au niveau de sa main droite et que sa main présentait un aspect rouge bleuté et ce, depuis vingt jours déjà. Il annonçait son intention de consulter un médecin, dont il transmettrait les conclusions à la SUVA.

22. Dans sa lettre du 13 janvier 2005, la SUVA a informé l'assuré que son médecin d'arrondissement considérait son état de santé comme stabilisé, de sorte qu'il lui fallait exprimer des réserves quant à l'engagement de sa responsabilité pour la reprise d'un traitement et une éventuelle intervention chirurgicale.

23. Par courrier du 31 janvier 2005, l'assuré a contesté le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité physique retenu par le Dr J_____ dans son rapport du 19 octobre 2004. Il a fait valoir que la perte importante de la force de la main entraînait une perte de l'usage correspondante. Il en a tiré la conclusion que le taux de référence devait être celui correspondant à la perte d'une main et non celui d'une simple perte de phalanges. Il a expliqué qu'il souhaitait travailler sur ordinateur et que cela n'était pas envisageable, compte tenu de ses douleurs et de la perte de force de sa main. En définitive, il a prié la SUVA de bien vouloir reconsidérer sa position.

24. Le 8 février 2005, l'assuré a consulté le Dr K_____, spécialiste de la chirurgie de la main. Il lui a soumis le rapport du Dr J_____ du 19 octobre 2004 et lui a demandé son avis. Aux dires de l'assuré, son état de santé ne se serait pas modifié de manière significative depuis. La consultation auprès du Dr K_____ visait à évaluer sa capacité de travail dans le domaine informatique. Selon l'assuré, une telle activité ne peut être exigée de lui car, lors d'essais effectués sur son propre ordinateur, il a ressenti rapidement des douleurs et de la fatigue à la main droite. Le Dr K_____ a procédé à un examen détaillé et approfondi. Il a d'emblée été frappé par la non-utilisation ostensible de la main droite. Il a cependant relevé qu'en de multiples occasions, la main droite était néanmoins utilisée (habillement, prise de documents, serrement de mains), quoique avec retenue. La main droite présentait un œdème ainsi qu'une tuméfaction prédominante à la face dorsale du 2ème métacarpien. Le médecin a inspecté la main au niveau de son aspect, de sa mobilité, de sa température, de sa force (8kg à droite et 56 kg à gauche), de sa mobilité et de sa sensibilité. Les doigts ont fait également l'objet d'un examen précis. Leur force de pince, leur enroulement passif et actif, leur sensibilité, leur mobilité ont été mesurés. Le médecin a exclu tout signe de tendinite. Après examen de l'ensemble des rapports radiologiques, il a estimé qu'il n'y avait rien à ajouter : hormis une apposition périosistée à la face dorsale du 2ème métacarpien, il n'y avait rien d'anormal. Il a en particulier exclu une hypercaptation ainsi qu'une algodystrophie. Le médecin a conclu à une exclusion fonctionnelle post-traumatique de la main droite dont l'origine était sans doute centrale avec une hypersensibilité aux stimuli nociceptifs périphériques, le tout entretenu par des revendications de type

sinistrose. En résumé, il a estimé que tous les mouvements étaient objectivement possibles et que seule la douleur les limitait. Compte tenu de cet état de fait, il a considéré que la capacité du patient à travailler sur ordinateur était totale. Enfin, il a noté : "Je confirme ainsi sans retenue les conclusions du rapport établi par le médecin d'arrondissement de la SUVA le 19.10.2004".

25. L'assuré a été licencié par son employeur avec effet au 31 mai 2005.

26. Le 10 mai 2005, l'ASSEDIC des Alpes à St-Genis Pouilly, en France, a refusé son inscription sur la liste des demandeurs d'emploi compte tenu de son impossibilité à exercer une activité professionnelle.

27. Par décision du 10 juin 2005, la SUVA, se basant sur les indications de son médecin d'arrondissement, a mis un terme à la prise en charge des frais de traitement et au versement des indemnités journalières avec effet au 31 mars 2005. Elle a par ailleurs octroyé à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5% - soit Fr. 5'340.-. Elle a nié tout droit à une rente d'invalidité et, enfin, refusé de prendre en compte "les troubles qui pourraient encore déterminer une incapacité de travail et pour lesquels les soins ultérieurs seraient éventuellement nécessaires".

28. Par courrier du 14 juillet 2005, l'assuré a formé opposition à la décision précitée. Il a conclu à l'octroi d'une rente d'invalidité en alléguant qu'on ne pouvait attendre de lui une capacité entière de travail compte tenu de son handicap à la main droite, de sa formation, de ses capacités intellectuelles, de son expérience professionnelle et de la situation du marché de travail. Quant au taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, il a fait valoir qu'il devait être fixé en tenant compte du fait qu'il avait totalement perdu l'usage de sa main.

29. Par décision du 26 août 2005, l'OCAI a pour sa part évalué le taux d'invalidité de l'intéressé à 9% et a rejeté sa demande de mesures professionnelles. Il lui a en revanche octroyé une rente d'invalidité limitée dans le temps, du 27 février 2004 au 10 octobre 2004, date à partir de laquelle il a estimé que l'assuré avait retrouvé une pleine capacité de travail.

30. Par décision sur opposition du 12 septembre 2005, la SUVA a confirmé sa décision du 10 juin 2005. Elle a préalablement précisé que sa responsabilité se limitait aux troubles somatiques dans la mesure où les troubles psychiques de l'assuré - constatés le 23 juin 2004 par le Dr L_____, psychiatre aux "établissement hospitalier", ainsi que le 16 août 2004 dans un rapport du Centre de thérapies brèves des "établissement hospitalier" - ne constituaient pas des séquelles de l'accident du 27 février 2003, une relation de causalité adéquate entre les troubles psychiques et l'accident faisant défaut. S'agissant des atteintes physiques, elle a rappelé que la contusion du tibia gauche avait rapidement guéri, sans séquelles, et que seule entrait donc en ligne de compte l'atteinte à la main droite. Concernant cette dernière, la SUVA s'est référée au rapport du Dr J_____ en soulignant

que ce dernier avait examiné personnellement l'assuré et l'entier des dossiers, qu'il avait exposé clairement les raisons pour lesquelles la capacité de travail de l'assuré était entière dans une activité adaptée, quel type d'activité pouvait être envisagé et enfin, pourquoi il avait assimilé ce handicap à la perte de deux phalanges. La SUVA en a tiré la conclusion que, malgré les limitations imputables aux séquelles accidentelles, l'assuré était en mesure de trouver un emploi sur un marché équilibré; la possibilité d'exercer une activité adaptée existait et lui permettrait de réaliser un revenu annuel de l'ordre de Fr. 56'000.- selon les descriptifs de postes de travail (DPT), voire de Fr. 54'805.- si l'on retirait du calcul la DPT relative à un emploi de bureau offrant un revenu clairement supérieur aux autres. Ce revenu avec invalidité était inférieur au revenu calculé sur la base des chiffres statistiques. La comparaison avec le revenu que l'assuré aurait pu escompter sans accident (Fr. 54'832.-) permettait de nier toute perte de gain. Par ailleurs, la SUVA a estimé que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ne pouvait être supérieure à 5%, d'autant que les conclusions du Dr J_____ avaient été confirmées par le Dr K_____.

31. Le 1er décembre 2005, l'ASSEDIC des Alpes a une nouvelle fois refusé l'inscription de l'assuré sur la liste des demandeurs d'emploi.

32. Le 14 décembre 2005, l'assuré a interjeté recours auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales. Il allègue principalement qu'on ne peut exiger de lui une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Il conteste les évaluations du médecin d'arrondissement. Au surplus, il invoque des rechutes hivernales dont il est victime. Quant à l'évaluation de l'atteinte à son intégrité, le recourant soutient qu'il faut assimiler la perte de force de sa main à une perte d'usage correspondante.

33. Le 18 janvier 2006, le recourant a consulté le Dr M_____, spécialiste en médecine physique et expert près de la Cour d'Appel de Chambéry. Dans son rapport du 26 janvier 2006, ce dernier s'est livré à une brève anamnèse. Il a diagnostiqué un enraidissement de la main droite, côté dominant du recourant, avec perte de la force subtotale et aspect oedématié de la face dorsale des métacarpiens. Selon le barème d'évaluation médicolégale de la société française (édition 2000), cette raideur moyenne de la main justifierait selon lui un taux d'"IPP" de 25%. Concernant la capacité de travail du recourant, il a considéré qu'elle était nulle dans une activité incluant son membre supérieur droit. Il a émis l'opinion que le patient devrait bénéficier d'un reclassement professionnel notamment à un poste informatique pour lequel il présente des "capacités liées dans ce domaine". Cette activité devait toutefois être adaptée dès lors qu'il ne peut utiliser son membre supérieur droit.

34. Dans sa réponse du 9 février 2006, l'intimée s'est référée à l'avis de son médecin d'arrondissement dont elle a rappelé qu'il a procédé à un examen personnel de l'assuré, avec prise en compte de ses plaintes et mesures de la mobilité du poignet et de la force de poigne. Elle a par ailleurs souligné que les conclusions de ce médecin

ont été confirmées par un confrère, spécialiste en chirurgie de la main. Quant aux rechutes hivernales invoquées par le recourant, la SUVA a fait remarquer qu'elles ne sont pas médicalement établies et par ailleurs difficilement conciliables avec les déclarations du patient au chirurgien de la main. L'intimée rappelle enfin que, par décision du 26 août 2005, l'AI a évalué le taux de l'invalidité du recourant à 9%.

35. Dans sa réplique du 10 avril 2006, le recourant a rappelé qu'à deux reprises, l'ASSEDIC a refusé son inscription sur la liste des demandeurs d'emploi au motif que son handicap ne lui permet pas d'exercer une activité professionnelle. Il invoque pour le surplus l'avis du Dr M_____. Selon le rapport de ce dernier, l'atteinte à sa santé équivaut à une "incapacité permanente partielle" de 25% selon le barème d'évaluation médicolégale de la société française de médecine légale, dont le recourant allègue qu'elle correspond à celle du "taux d'invalidité" du droit suisse. Il soutient que, compte tenu de la législation applicable en matière internationale, notamment de l'art. 51, par. 1 du règlement CEE n° 574/72, fixant les modalités d'application du règlement CEE n° 1408/71, l'examen médical du médecin français doit prévaloir, afin d'éviter toute contradiction entre les évaluations médicales faites dans des pays différents.

36. Dans sa duplique du 24 avril 2006, l'intimée a précisé, références à l'appui, que la notion française d'"incapacité permanente partielle" était une notion médicale et qu'elle ne pouvait de ce fait être assimilée à la notion suisse d'invalidité qui constitue une notion économique. L'intimée a également contesté la prévalence du rapport du Dr M_____ pour la détermination du droit à une rente d'invalidité fondée sur le droit suisse, lequel n'oblige nullement à s'en tenir aux appréciations médicales réalisées dans le pays de résidence.

37. Après communication de cette écriture au recourant, 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. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (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). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent 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). En l'espèce, les faits déterminants - à savoir l'accident - remontent au mois de février 2003. En conséquence, sur le plan matériel, la LPGA s'applique au présent litige, étant précisé que les modifications légales qu'elle contient constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi, de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3).

3. 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 LPGA 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.

4. Selon l'art. 60 al. 1 LPGA, le délai de recours est de trente jours. Toutefois, en dérogation à la LPGA, l'art. 106 LAA prévoit un délai de recours de trois mois. Étant donné que la décision sur opposition date du 12 septembre 2005 et que le recourant l'a reçue le 14 septembre 2005, le recours déposé le 14 décembre 2005 a été formé en temps utile. Interjeté dans les forme et délai légaux, il est recevable en vertu des art. 56 et ss LPGA.

5. Dans sa décision sur opposition du 12 septembre 2005, confirmant sa décision du 10 juin 2005, l'intimée a jugé que les troubles psychiques du recourant, à supposer qu'ils soient invalidants et en lien de causalité naturelle avec l'accident, n'étaient de toute façon pas de nature à engager sa responsabilité, vu l'absence d'un lien de causalité adéquate. Il n'y a pas lieu de revenir sur ce point, non contesté par le recourant. Le présent litige ne porte plus que sur deux points : d'une part, le taux d'atteinte à l'intégrité retenu pour fixer le montant de l'indemnité, d'autre part, le droit éventuel de l'assuré à une rente d'invalidité servie par l'assureur-accidents.

6. 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. Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA

est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'art. 7 LPGA dispose qu'est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptations exigibles. Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, 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.

7. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid.)

   Pour apprécier la valeur probante d'un rapport médical, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical soit claire et, enfin, que les conclusions soient bien motivées (ATF 122 V 157 consid. 1c p. 160 et les références).

   Selon la jurisprudence, le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social 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 (ATFA non publié du 11 mai 2005, U 136/04 consid. 4.1).

   S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

8. En l'espèce, l'intimée a nié le droit à la rente d'invalidité au recourant en se fondant sur le rapport du Dr J_____ du 19 octobre 2004.

   Sur le plan médical, il ressort du rapport en cause qu'il subsiste une tuméfaction chronique du dos de la main droite englobant les tendons extenseurs des 2e et 3e doigts d'origine indéterminée. Des douleurs et des troubles fonctionnels persistent essentiellement au niveau de ces deux doigts, sans troubles neuro-vasculaires. Le médecin relève un manque de force important de la main droite - quasiment dix fois inférieur à celui dont fait preuve la main gauche. Le rapport conclut à une capacité de travail de 0% dans l'activité de bagagiste. Le médecin a en revanche précisé que, dans une activité adaptée, sans manutentions répétitives, limitée à des ports de charges légères, par exemple dans un travail de bureau utilisant un ordinateur, la capacité de travail de l'assuré est totale.

   Le rapport d'examen final du Dr J_____ est établi de manière circonstanciée, à l'issue d'un examen clinique du recourant et en considération des affections dont il se plaint. Le rapport contient en outre une anamnèse détaillée ainsi que des mesures de la force de poigne et de la mobilité du poignet. Le diagnostic posé est clair, motivé et ne diverge pas des autres avis figurant au dossier.

   Ses conclusions sont en effet comparables à celles du rapport extrêmement détaillé du Dr K_____, spécialiste en chirurgie de la main, que le recourant a consulté le 8 février 2005. Selon ce médecin, l'exclusion de l'usage de la main droite n'est que fonctionnelle et post-traumatique. Il a également constaté qu'en de multiples occasions, la main droite est néanmoins utilisée. Tout comme le Dr J_____, il a conclu que l'assuré est en mesure de travailler sur ordinateur et que dans une telle activité, sa capacité de travail est entière. Enfin, le spécialiste a fait totalement siennes les conclusions du Dr J_____.

   Il n'y a donc pas lieu de s'écarter des conclusions du Dr J_____. D'une part, les rechutes hivernales systématiques invoquées par le recourant ne sont pas établies au degré de vraisemblance prépondérante dans la mesure où elles ne trouvent aucun appui dans son dossier médical. Seul un courrier du conseil du recourant faisant état de douleurs et d'un aspect rouge bleuté de la main évoque ces prétendues rechutes. D'autre part, le rapport du Dr M_____, invoqué par le recourant, ne lui est d'aucun secours. En effet, la notion française d'incapacité permanente partielle ne correspond pas à la notion suisse de taux d'invalidité. Qui plus est, le Dr M_____ fait les mêmes constatations médicales que les Drs J_____ et K_____ : un enraidissement de la main droite avec perte de force subtotale et un aspect oedématié de la face dorsale des métacarpiens. Ainsi, au plan strictement médical, le rapport du Dr M_____ n'apporte aucun élément nouveau. Ce n'est qu'au niveau de l'appréciation de la capacité de travail résiduelle du recourant qu'il diffère des avis des autres médecins consultés. Cependant, force est de constater que le Dr M_____ n'est, au vu des pièces

produites, pas un spécialiste de la main, que son rapport ne s'appuie pas sur un examen complet du dossier du recourant et qu'il ne fait état d'aucune mesure de la main ou des doigts (force de poigne ou de pincement, mobilité du poignet, aspect, sensibilité, température, enroulement actif ou passif). Ce rapport est en outre très succinct et ses conclusions peu, voire pas motivées. Pour tous ces motifs, il sied d'admettre qu'il ne peut remettre en cause les conclusions des Drs J_____ et K_____, s'agissant de la capacité de travail de l'assuré.

Quoi qu'il en soit, même si l'on reconnaissait au rapport du Dr M_____ une pleine valeur probante, son avis quant au "taux d'invalidité" ne saurait être suivi puisqu'en l'espèce, seul le droit suisse s'applique et que le degré d'invalidité doit être tranché à la lumière de ce droit (ATF 130 V 257 consid. 2.4; arrêt du 28 octobre 2005, I 321/05). En effet, comme l'a précisé le Tribunal fédéral des assurances dans un arrêt récent (arrêt G. du 9 janvier 2006, I 383/05, prévu pour la publication au Recueil officiel), le Titre II du règlement (CEE) no 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté (ci-après: règlement no 1408/71; art. 13 à 17bis) contient des règles qui permettent de déterminer la législation applicable pour toute la généralité des cas; l'art. 13 par. 1 énonce le principe de l'unicité de la législation applicable en fonction des règles contenues aux art. 13 par. 2 à 17bis, dans le sens de l'applicabilité de la législation d'un seul Etat membre. En l'espèce et en vertu de l'art. 13 par. 2 let. a en lien avec l'art. 39 du règlement no 1408/71, c'est le droit suisse qui s'applique. Dans cette hypothèse, selon la jurisprudence fédérale, le degré d'invalidité doit être déterminé exclusivement d'après le droit suisse (ATF 130 V 257 consid. 2.4; arrêt du 28 octobre 2005, I 321/05).

Or, en droit suisse, l'invalidité est une notion économique et non pas médicale : elle correspond à la diminution de la capacité de gain sur un marché du travail équilibré (art. 6 LPGA). Au surplus, en droit suisse, la tâche du médecin se limite à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. Il n'est pas compétent pour évaluer l'incapacité de gain et, partant, pour déterminer le taux d'invalidité.

En conclusion, le tribunal de céans considère que l'intimée était habilitée à évaluer la capacité de travail de l'assuré sur la base du rapport du Dr LAVERRIER et de celui du Dr K_____.

9. a) Reste à examiner si l'assuré subit une perte de gain. Le taux d'invalidité doit être fixé en fonction d'une comparaison des revenus qui prend en considération l'activité qui peut raisonnablement être exigée de la part d'un assuré, compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail (ATF 129 V 286 consid. 4.3; 116 V 246).

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

b) Dans sa décision sur opposition du 14 juillet 2005, l'intimée a constaté que le recourant n'avait pas repris d'activité lucrative depuis son accident. Elle a admis qu'il ne pouvait plus reprendre son ancienne activité qui imposait la manutention et le port de lourdes charges mais a considéré que, sur le plan médical, il était à même d'avoir une capacité de travail complète (en temps et rendement) dans une activité adaptée. A juste titre, elle s'est fondée pour cela sur l'avis de son médecin d'arrondissement.

Il est constant que le recourant est au bénéfice d'une formation de base universitaire. En Algérie, après quatre ans d'études, il a obtenu un Diplôme niveau licence dans la filière des mines. Grâce à ce diplôme, il a pu s'inscrire à l'Université de Genève (2002). Il y a fréquenté des cours visant l'obtention d'une licence d'informaticien mais s'est désinscrit pour des raisons essentiellement économiques. Les connaissances techniques du recourant sont néanmoins indéniables même s'il n'a jamais occupé un poste les consacrant. Au demeurant, lors de son séjour à la clinique romande de réadaptation, l'aisance du recourant avec les outils informatiques a été soulignée. Enfin, le recourant est encore au bénéfice de toutes ses facultés intellectuelles, lesquelles lui permettent, compte tenu de sa formation, d'exercer une activité correspondant au degré de qualification 4, selon la classification utilisée par l'OFS dans ses publications (ESS). Ce secteur économique offre un large éventail d'activités légères de type bureautique adaptées au handicap du recourant, dans lesquelles celui-ci pourrait mettre le mieux à profit sa capacité de travail, ses connaissances techniques et universitaires, notamment dans le domaine informatique.

Le recourant n'apporte d'ailleurs aucun élément permettant d'inférer qu'il n'est pas en mesure d'exercer l'activité retenue par l'intimée. L'on doit donc considérer que le recourant est à même d'exercer, sans limitation, une activité légère, par exemple dans un bureau qui n'exige pas de port de charges moyennes à lourdes.

c) Reste à déterminer si les activités que la CNA a retenues pour évaluer le salaire d'invalide (voir les DPT versées au dossier) étaient exigibles de la part du recourant. Ce dernier en conteste le caractère exigible. Il allègue qu'elles sont théoriques et ne tiennent pas compte de la réalité économique car, compte tenu de son handicap au niveau de la main, aucun employeur ne prendrait le risque de l'engager, même pour une activité ne nécessitant aucun port de charges.

Or, d'après la jurisprudence, lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré, il n'y a pas lieu d'examiner si celui-ci peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (VSI 1998 p. 296 consid. 3b et les références). De même, des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques ne constituent pas des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible, la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (VSI 1999 p. 247 consid. 1 et les références).

Au demeurant on peut constater que les activités en question ne requièrent pas du recourant une sollicitation de sa main droite dans une mesure qui les rendraient incompatibles avec son état de santé et partant non-exigibles de sa part.

Sur la base de descriptifs des postes de travail (DTP), l'intimée a considéré que les activités, sans les sollicitations médicalement contre-indiquées, offertes au recourant sur un marché du travail lui permettraient de réaliser un revenu annuel de l'ordre de 54'805 fr au moins (fr. 56'500 avec une DPT relative à un emploi de bureau offrant un revenu clairement supérieur aux autres DPT). Comparé à un gain sans invalidité - non contesté - de 54'832 fr., il n'en résultait pas une perte de gain supérieure à 10%.

L'intimée a à juste titre refusé l'octroi d'une rente d'invalidité en fonction d'une comparaison des revenus prenant en considération l'activité raisonnablement exigible de la part du recourant. Ce calcul n'est pas critiquable et l'on aboutit pas à un résultat plus favorable pour l'assuré en se fondant sur les statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique. En effet, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé. Il convient de se baser sur le salaire réalisable en 2002 de Fr. 4'557.- par mois, part du treizième salaire compris (La Vie économique, 1-2004, p. 95). Compte tenu du fait que les salaires bruts standardisés se basent sur un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2001 et en 2002, 41.7 heures (ouvrage cité p. 94) et sachant que l'évolution moyenne des salaires nominaux a été de 1.4% en 2003, et de 0.9% en

2004 (OFS, communiqué du 28.4.2005 disponible sur le site internet de cet office) et qu'enfin selon les mêmes sources l'évolution du 1er trimestre 2005 a été de 1.4% par rapport à celle de la période correspondante, il en résulte un revenu annuel de Fr. 59'142.- en 2005. Compte tenu du jeune âge, de la formation universitaire, des connaissances linguistiques ainsi que des capacités intellectuelles du recourant, il n'y a pas lieu de procéder à un abattement.

Le refus du droit à une rente d'invalidité doit ainsi être confirmé.

10. Reste à examiner la question du taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

En vertu de l'art. 24 al. 1 LAA, 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. Aux termes de l'art. 36 al. 1 première phrase OLAA (ATF 124 V 29 et 209), 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.

Il résulte de l'art. 25 al. 1 LAA que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée en fonction de la gravité de l'atteinte. Celle-ci s'apprécie d'après les constatations médicales. C'est dire que chez tous les assurés présentant le même status médical, l'atteinte à l'intégrité est la même; elle est évaluée en effet de manière abstraite, égale pour tous. En cela, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité de l'assurance-accidents se distingue donc de l'indemnité pour tort moral du droit civil, qui procède de l'estimation individuelle d'un dommage immatériel au regard des circonstances particulières du cas. Contrairement à l'évaluation du tort moral, la fixation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité peut se fonder sur des critères médicaux d'ordre général, résultant de la comparaison de séquelles similaires d'origine accidentelle, sans qu'il soit nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'une atteinte entraîne pour l'assuré concerné. En d'autres termes, le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ne dépend pas des circonstances particulières du cas concret, mais d'une évaluation médico-théorique de l'atteinte physique ou mentale, abstraction faite des facteurs subjectifs (ATF 115 V 147 consid. 1, 113 V 221 consid. 4b, et les références; ATFA non publié du 30 juillet 2002, U 249/01).

L'annexe 3 à l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (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).

A cette fin, la division médicale de la SUVA a établi des tables complémentaires comportant des valeurs indicatives destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés. Ces tables émanant de l'administration ne constituent pas une source de droit et ne lient pas le juge, mais sont néanmoins compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 124 V 32 consid. 1c, 211 consid. 4a/cc, 116 V 157 consid. 3a; ATFA non publié du 28 novembre 2003, U 11/03).

11. Le recourant soutient que le pourcentage de 5% retenu par le Dr J_____ en appliquant par analogie la figure 26 de la table 3, ne tient pas compte du taux applicable à la perte de main et ne concerne que la perte de phalanges. Or, selon lui, une telle atteinte ne correspond pas, ou du moins dans une mesure moins importante, la perte de la force de la main qu'il a subi. Le recourant soutient qu'il y a lieu de se référer par analogie au taux d'atteinte à l'intégrité de 40% relatif à la perte d'une main.

    Tant le Dr J_____ que le Dr K_____ ont mesuré la perte de force de la main droite. Or, nonobstant leurs constats différents de ce déficit, ils ont néanmoins évalué le taux à 5% uniquement. En effet, on doit conclure avec ces médecins, que la perte de force ne peut être comparée à la perte totale de l'usage de la main : un bon nombre de gestes de la vie courante notamment ne nécessitent pas davantage de force que celle, résiduelle, de la main du recourant. A cet égard, le Dr K_____ relève d'ailleurs : "on est d'emblée frappé par l'attitude de non-utilisation de la main droite, non-utilisation ostensible. Il y a cependant de multiples occasions (habillement, prise de documents, serrement de mains) où la main droite est également utilisée, quoique avec retenue". Enfin, selon ce médecin, l'exclusion de la main droit n'est que fonctionnelle et post-traumatique. Tous les mouvements sont objectivement possibles, seule la douleur les limite. En d'autres termes, selon les médecins, la perte de force de la main n'a pas entraîné une diminution correspondante de son usage. Le Dr K_____ - qui a constaté une amélioration sensible de cette force - n'a d'ailleurs pas réévalué le taux de l'atteinte, respectivement réduit l'IPAI. Au surplus, aucun autre élément du dossier médical ne plaide en faveur d'une étendue plus importante du dommage permanent à la main droite. En particulier, le rapport médical du Dr M_____ ne fait état que d'une raideur moyenne de la main.

    Il convient donc de considérer que le taux retenu par le Dr J_____ et basé sur la table n°3, figure 26 publiée par la SUVA pour une perte de phalanges uniquement est justifié et doit être confirmé en l'état.

12. En conséquence, le recours se révèle infondé et 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. Le rejette et confirme les décisions des 10 juin et 12 septembre 2005 en tant qu'elles refusent une rente d'invalidité et accordent une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5% pour la main droite.

3. 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 : Marta TRIGO TRINDADE LAURIN

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