REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/546/2005 **ATAS/163/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 4

du 1er février 2006

En la cause

Monsieur F_____, comparant avec élection de domicile en l'Etude de Maître DROZ Nicolas	recourant

contre

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

Siégeant : Mme Juliana BALDE, Présidente
Mmes Karine STECK et Isabelle DUBOIS, Juges

EN FAIT

1. Monsieur F_____, né le _____ 1968, travaillait depuis avril 1997 en qualité de mécanicien pour le compte du garage X_____ à Châtelaine. A ce titre, il était assuré auprès de la CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après : SUVA) pour les accidents professionnels et non professionnels.

2. Le 1er avril 1998, l'assuré a été victime d'un accident sur son lieu de travail. Il été percuté et renversé dans l'atelier par une voiture à la suite de l'activation inopinée du système de démarrage. Lors du choc, il a subi une rupture du ligament croisé antérieur du genou droit détectée par une IRM, confirmée par une arhtroscopie diagnostique pratiquée le 29 juin 1998, ainsi qu'une suspicion de fissure de la corne postérieure du ménisque médial. L'assuré a été en incapacité de travail totale depuis le 3 juin 1998. La SUVA a pris en charge le cas.

3. L'assuré a subi une plastie ligamentaire pratiquée par le Docteur A_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, le 18 septembre 1998. L'intervention a été marquée par la survenance de complications sous forme d'ischémie du membre inférieur droit sur rupture sèche de l'artère poplitée moyenne et thrombo-embolectomie péronéo-tibiale postérieure ayant nécessité un pontage veineux et une embolectomie. Sur le plan vasculaire, l'évolution a été favorable. Du point de vue orthopédique, il a été constaté une instabilité antéro-postérieure.

4. Dans son rapport du 2 novembre 1998, le Docteur A_____ indique qu'il faudra prévoir une reprise chirurgicale partielle. Dans un rapport du 20 mai 1999, le docteur Thomas FODOR relève que le résultat n'est pas très satisfaisant, puisque le genou est instable et ne permet pas au patient de reprendre une activité professionelle. Un traitement a toutefois été instauré, le patient craignant une nouvelle intervention. Le médecin a précisé que l'incapacité de travail restait de 100 % aussi longtemps que le patient devrait travailler en tant que mécanicien sur voiture et aussi longtemps qu'il n'y aurait pas de révision du genou.

5. L'assuré a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (CRR) de Sion du 3 novembre au 1er décembre 1999 où il a bénéficié d'un traitement de renforcement musculaire et de proprioception. Compte tenu de l'instabilité résiduelle et des douleurs, les médecins ont estimé que l'assuré n'était pas apte à reprendre son métier de mécanicien sur automobile. Selon les bilans effectués dans les ateliers, un travail sans port de charges lourdes et avec alternance des positions était exigible, à 50 % et pourrait même atteindre 75 %. La situation serait à réévaluer en cas d'intervention chirurgicale. Sur le plan psychiatrique, aucun trouble n'a été relevé.

6. A la demande du médecin d'arrondissement de la SUVA, le Docteur B_____ a adressé son patient au Docteur C_____, spécialiste FMH en médecine

interne, angiologie, pour un bilan artériel et veineux. Dans son rapport du 24 septembre 2001, ce dernier a conclu que l'examen angiologique des membres inférieurs était parfaitement normal tant sur le plan artériel que veineux. L'examen n'apportait aucune explication circulatoire à l'oedème anamnestique du membre inférieur droit et il n'y avait aucun argument clinique en faveur d'un lymhoedème.

7. L'intéressé, qui avait déposé une demande de prestations auprès de l'assurance-invalidité en date du 25 mai 1999, a été mis par l'Office cantonal de l'assurance-invalidté (ci-après l'OCAI) au bénéfice d'une mesure d'observation professionnelle au centre ORIPH de Morges du 4 février 2002 au 5 mai 2002. Le rendement de l'assuré a été évalué à 15 % et un état anxieux a été observé.

8. Par décision du 7 juillet 2003, la SUVA a reconnu à l'intéressé une diminution de la capacité de gain de 19 % et lui a accordé une rente correspondante, calculée sur le gain annuel de 48'000 fr., dès le 1er mai 2002. Par ailleurs, elle a octroyé à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 14'580 fr. correspondant à un taux de 15 %.

9. L'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, a formé opposition le 7 août 2003, contestant le degré d'invalidité ainsi que le taux de l'atteinte à l'intégrité. Il invoquait l'impossibilité d'exercer une activité lucrative et la perte fonctionnelle du membre inférieur droit.

10. Le Service médical régional AI, SMR LEMAN, a procédé à un examen clinique bidisciplinaire en date du 28 juillet 2003. Son rapport du 23 septembre 2003 a été communiqué à la SUVA; en raison des limitations fonctionnelles somatiques et psychiques, les médecins du SMR LEMAN ont retenu une capacité de travail exigible de 20 % dans toute activité. La mise en œuvre de mesures professionnelles a été exclue en raison de la fragilisation psychique de l'assuré.

11. Le 20 janvier 2004, la SUVA a mandaté le Docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, pour examen médical de l'assuré. Ce médecin a rendu son rapport en date du 5 mars 2004. Ses conclusions seront reprises dans la partie en droit ci-après.

12. Le 7 décembre 2004, la SUVA a rejeté l'opposition, considérant que dans une activité légère sédentaire, en évitant le port de charges supérieures à 5 kg, l'assuré pourrait réaliser un salaire mensuel moyen de plus de 3'700 fr. (13ème salaire inclus). Après comparaison des gains, le degré d'invalidité s'élève à 19 %. Elle a d'autre part nié la causalité adéquate entre les troubles psychiques et l'accident. Enfin, elle a confirmé le taux de l'atteinte à l'intégrité.

13. Par acte du 8 mars 2003, Monsieur F_____, représenté par Me Nicolas DROZ, a interjeté recours. Il fait valoir qu'il n'est pas en mesure d'exercer une activité lucrative et se réfère à l'examen du SMR LEMAN, dont les conclusions

font état d'une capacité résiduelle de 20 %. Il bénéficie d'une rente entière de l'assurance-invalidité. Il expose avoir déposé une demande en paiement à l'encontre du Docteur A_____, responsable des séquelles qu'il subit encore à ce jour, et se réfère aux déclarations faites par le Docteur B_____ dans le cadre de cette procédure. Il conclut à l'octroi d'une rente entière, subsidiairement à la mise en œuvre d'une expertise physique et psychique afin de déterminer les répercussions des atteintes sur sa capacité de travail et de gain.

14. Dans sa réponse du 9 mai 2005, la SUVA conclut au rejet du recours, rappelant que sa responsabilité n'était pas engagée pour l'importante surcharge psychique présentée par l'assuré.

15. Le 11 mai 2005, les écritures de la SUVA ont été communiquées au recourant, lequel a persisté dans ses conclusions.

16. Pour le surplus, les divers allégués des parties et les éléments pertinents de la cause seront repris, en tant que de besoin, dans la partie en droit ci-après.

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'article 56 de la loi sur la partie générale du droit des assurances sociales du 8 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 dans le domaine des assurances sociales. Selon la jurisprudence, la législation applicable en cas de changement de règles de droit reste celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques (ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 166 consid. 4b), les faits sur lesquels le tribunal de céans peut être amené à se prononcer dans le cadre d'une procédure de recours étant par ailleurs ceux qui se sont produits jusqu'au moment de la décision administrative litigieuse (ATF 121 V 366 consid. 1b). Aussi le cas d'espèce reste-t-il régi par la législation en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002. 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).

4. 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 LPGSA, le délai de recours est de trois mois pour les décisions sur opposition portant sur les prestations d'assurance (art. 106 LAA).

   Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est à cet égard recevable.

5. Le litige ne porte plus que sur le degré d'invalidité du recourant et consiste à déterminer si c'est à bon droit que la SUVA l'a fixé à 19 % et lui a servi une rente correspondante dès le 1er mai 2002.

6. Selon l'art. 18 al. 1 LAA (teneur en vigueur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002), l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il devient invalide à 10 % au moins par suite d'un accident. Est réputé invalide celui dont la capacité de gain subit vraisemblablement une atteinte permanente ou de longue durée. Pour l'évaluation de l'invalidité, le revenu du travail que l'assuré devenu invalide par suite d'un accident pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (art. 18 al. 2 LAA).

   En principe, ce n'est pas l'évaluation médico-théorique de la capacité de travail par le médecin qui est déterminante pour fixer le taux d'invalidité, mais bien plus la limitation, imputable aux séquelles accidentelles, des possibilités de gain sur l'ensemble du marché du travail équilibré entrant en considération pour l'assuré (RAMA 1991, p. 272 consid. 3b). Ce sont donc les éléments d'ordre économique qui jouent le rôle décisif. La tâche du médecin consiste à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler; en outre, les

données médicales constituent un élément important pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 115 V 134 consid. 2). Pour la comparaison des revenus, tel qu'il est prévu à l'article 18 alinéa 2 LAA, le critère décisif est de savoir quel est le gain que l'assuré est capable de réaliser en dépit des séquelles accidentelles et en faisant les efforts exigibles (RAMA 1993 p. 100 consid. 3b).

La notion de situation équilibrée du marché du travail est une notion théorique et abstraite, qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-accidents et ceux qui relèvent de l'assurance-chômage. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'oeuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés (ATF 110 V 276 consid. 4b).

Il faut tenir compte, dans l'estimation du revenu d'invalide, des difficultés objectives que présente la réadaptation professionnelle de l'assuré, selon les circonstances. En particulier, on ne saurait déterminer le revenu raisonnablement exigible de l'assuré en se fondant sur des possibilités d'emploi irréalistes ou en se bornant à prendre en considération un genre d'activité quasiment inconnue du marché du travail. On rappellera notamment que le marché du travail accessible aux travailleurs non qualifiés est en règle générale limité à des emplois de manoeuvre ou à d'autres activités physiques (RCC 1989 p. 331 consid. 4a). Par ailleurs, dans l'industrie et l'artisanat, des travaux pénibles physiquement sont de plus en plus souvent exécutés par des machines, alors que la part des travaux de surveillance s'accroît (RCC 1991 p. 332 consid. 3b; MONNARD, La notion de marché du travail équilibré de l'article 28 alinéa 2 LAI, thèse Lausanne 1990, p. 59-62). En revanche, l'absence d'une occupation lucrative pour des raisons étrangères à l'invalidité ne peut donner droit à une rente. Si un assuré ne trouve pas un travail approprié en raison de son âge, d'une formation insuffisante ou de difficultés linguistiques à se faire comprendre (ou à comprendre les autres), l'assurance-invalidité n'a pas à répondre; "l'incapacité de travail" qui en résulte n'est pas due à l'invalidité (ATF 107 V 21 consid. 2c; RCC 1991 p. 333 consid. 3c; 1989 p. 325 consid. 2b; ATA S. du 1er septembre 1998).

Enfin, le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir après l'accident, ceci pour éviter que la victime soit tentée d'influencer, à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87). De plus, en la matière, il est utile de rappeler ici que selon un principe fondamental en assurances sociales, l'assuré a l'obligation de tout mettre en oeuvre pour limiter au maximum le préjudice subi, soit même au prix d'efforts importants (ATF 107 V 17). Si un assuré n'utilise pas sa capacité résiduelle de travail, le taux d'invalidité est déterminé en procédant à la comparaison des revenus prévue à l'article 28 alinéa 4 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20

décembre 1982 (OLAA - RS 832.202; ATFA M. du 9 avril 1991, U 27/90; ATA D. du 21 novembre 2000; R. du 21 septembre 1999).

Lorsque, comme en l'espèce, l'assuré n'exerce plus d'activité lucrative, une stricte comparaison des revenus au sens de l'art. 18 al. 2 LAA est impossible. Dans ce cas, le degré d'invalidité doit être déterminé à partie de données médicales et selon la méthode générale de comparaison des revenus, par simple comparaison approximative et sommaire de deux revenus hypothétiques. Selon la pratique en vigueur, l'appréciation par le médecin de la question de savoir jusqu'à quel point la capacité de rendement de l'assuré est limitée par suite de l'accident revêt ici une grande importance, notamment pour ce qui est du rendement au travail encore exigible (ATF 114 V 310).

7. Le Docteur E_____, médecin d'arrondissement de la SUVA à Genève, a relevé lors de l'examen clinique du 10 septembre 2001 une laxité antérieure du genou droit, un discret épanchement, une extension complète et une flexion diminuée de 10 ° par rapport au côté gauche. Le patient ne peut s'agenouiller, ni s'accroupir. Son état était considéré comme stabilisé, mais le médecin a proposé d'effectuer un bilan vasculaire avant de procéder à la clôture du dossier. Après avoir pris connaissance des résultats du bilan vasculaire effectué par le Docteur C_____, aux termes duquel l'examen angiologique des membres inférieurs était parfaitement normal aux points de vue veineux et artériel, le médecin de la SUVA a estimé, dans son rapport final du 2 octobre 2001, que l'activité de mécanicien automobile n'était plus possible, l'assuré ne pouvant plus s'agenouiller, s'accroupir, rester longtemps debout, se déplacer en terrain instable ou sur de longues distances, ni surcharger le membre inférieur droit. En revanche, dans une activité essentiellement assise, une capacité de travail serait possible à plein temps et à plein rendement.

   Le recourant conteste cette appréciation, relevant que le stage d'observation professionnelle accompli dans le cadre de l'AI a révélé une capacité de travail résiduelle de 15 %, que les médecins du Service médical régional AI SMR LEMAN l'ont estimée à 20 % à l'issue de l'examen bidisciplinaire du 28 juillet 2003 et qu'il est au bénéfice d'une rente de l'assurance invalidité avec effet rétroactif au mois de septembre 1999 pour un degré d'invalidité de 86,50 %.

8. Ainsi que le Tribunal fédéral des assurances 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 entre 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 qui est 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 de ces 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. L'assureur doit ainsi se laisser opposer la présomption de l'exactitude de l'évaluation de l'invalidité effectuée. Une appréciation divergente de celle-ci ne peut intervenir qu'à titre exceptionnel et seulement s'il existe des motifs suffisants. A cet égard, il ne suffit donc pas qu'une appréciation divergente soit soutenable, voire même équivalente. Peuvent en revanche constituer des motifs suffisants le fait qu'une telle évaluation 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. Par exemple, le Tribunal fédéral des assurances a considéré comme insoutenable une appréciation des organes de l'assurance-invalidité, au motif qu'elle s'écartait largement de l'évaluation de l'assureur-accidents, laquelle reposait sur des conclusions médicales convaincantes concernant la capacité de travail et l'activité exigible, ainsi que sur une comparaison des revenus correctement effectuée (ATF 126 V 288 consid. 2d; ATF 119 V 474 consid. 4a; voir aussi RAMA 2000 n° U 406 p. 402 s. consid. 3, 2001 n° U 410 p. 73 s. consid. 3).

En l'occurrence, le Tribunal relève cependant que l'assurance-invalidité a tenu compte d'autres atteintes à la santé, à savoir les lombalgies et une importante surcharge psychique, pour fixer la capacité de travail résiduelle du recourant. S'agissant du genou droit, les limitations fonctionnelles décrites par le SMR LEMAN - à savoir pas de travail imposant des déplacements réguliers même sur terrain plat, pas de travail imposant des génuflexions, nécessité d'un travail essentiellement en position assise, mais permettant l'alternance 1 x / h. des positions assise et debout et permettant de maintenir le membre inférieur droit tendu - rejoignent les conclusions du Docteur E_____. Le Docteur D_____ a d'ailleurs confirmé dans son rapport du 5 mars 2004 qu'une activité sans aucune

sollicitation de la jambe telle que décrite par le Docteur E_____ était dans tous les cas - encore aujourd'hui - compatible avec les constatations organiques.

L'on ne saurait en conséquence reprocher à la SUVA de ne s'être pas ralliée au degré d'invalidité fixé par l'assurance-invalidité, dès lors que cette dernière tient compte d'autres atteintes à la santé dont précisément l'intimée ne répond pas.

En effet, en vertu de l'article 6 alinéa 1 LAA, l'assureur accident ne répond des atteintes à la santé que lorsqu'elles sont en relation de causalité non seulement naturelle, mais encore adéquate avec l'événement assuré (ATF 119 V 335 consid. 1 p. 337). Dans l'éventualité où le lien de causalité naturelle n'a pas été prouvé, il est alors superflu d'examiner s'il existe un rapport de causalité adéquate (ATF 119 V 335 consid. 4c p. 346).

Le droit à des prestations découlant d'un accident suppose donc d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 119 V 335 consid. 1 p. 337; 118 V 286 et les références; ATFA D. du 28 juin 1995).

Le TFA a procédé à une classification des accidents entraînant des troubles psychiques réactionnels. Suivant la manière dont ils se sont déroulés, les accidents peuvent être classés en trois catégories : les accidents insignifiants ou de peu de gravité, les accidents graves et les accidents de gravité moyenne. Plus l'accident est grave, plus le lien de causalité est probable. Lorsqu'un accident de gravité moyenne se trouve à la limite des accidents peu graves, les autres circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité puisse être admis (ATF 120 V 355; 117 V 366). Il doit en revanche être nié pour les accidents légers.

En l'occurrence, les conditions permettant d'admettre que les troubles psychiques présentés par le recourant sont en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident dont il a été victime font manifestement défaut au regard de la jurisprudence mentionnée ci-dessus.

Au vu de ce qui précède, les conclusions du recourant quant à la mise en œuvre d'une expertise physique et psychique doivent être rejetées. C'est en conséquence à juste titre que l'intimée a procédé à l'évaluation de l'invalidité pour les seules atteintes au genou droit.

9. Pour le calcul du gain d'invalide, l'intimée a effectué des enquêtes économiques et constaté qu'il existait, sur le marché du travail et notamment dans divers secteurs de l'industrie, des emplois légers et à vocation sédentaire, ne requérant que rarement le port de charges supérieures à 5 kg et autorisant l'accomplissement de tâches en position assise. Dans une activité de ce type, le recourant serait à même de réaliser, en 2003, un gain mensuel de plus de 3'700 fr. (part du 13ème salaire inclus). Comparé au gain réalisable sans accident en 2003, soit 4'550 fr. (part du 13ème salaire comprise), la perte de gain s'élève à 18,6 %.

   Le calcul effectué sur la base de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) de 2002, publiée par l'Office fédéral de la statistique, applicable lorsque, comme en l'espèce, l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative (cf. ATF 129 V 472), aboutit au même résultat. En effet, dans des tâches simples et répétitives, un homme peut réaliser en 2002 un salaire de 4'557 fr., pour un horaire hebdomadaire de 40 heures (Tables ESS 2002, TA1, valeur médiane, niveau 4). Réactualisé à 2003 et tenant compte d'une durée hebdomadaire de travail moyenne de 41,7 heures en 2003 (cf. La Vie économique 10-2005, p. 82 tableau B.9.2 et p. 83 tableau B.10.3), le revenu hypothétique s'élève à 4'817 fr. Après un abattement de 20 % pour tenir compte de toutes les circonstances, le revenu d'invalide s'élève en définitive à 3'850.-.

   Force dès lors est de constater que le degré d'invalidité fixé par l'intimée à 19 % ne prête pas le flanc à la critique.

****

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).

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