

GE_GERICHTE ATAS/148/2014 vom 4. Februar 2014

GE Cour de justice, 2014-02-04, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_148_2014

FR: GE_GERICHTE ATAS/148/2014 du 4 février 2014

IT: GE_GERICHTE ATAS/148/2014 del 4 febbraio 2014

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 134 al. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît des recours contre les décisions du Tribunal administratif de première instance relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-accidents obligatoire prévue par la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA; RS 832.20), relevant de la loi fédérale sur la contrat d'assurance, du 2 avril 1908 (LCA; RS 221.229.1). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

Interjeté dans les formes et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA et 38 al. 3 LPGA p.a.).

E. 3

Le litige porte sur l'augmentation de la rente d'invalidité de l'assuré pour les suites de l'accident du 20 mars 1996 et, en particulier, sur son degré d'invalidité.

A/369/2011 - 12/20 -

E. 4

a) Selon l'art. 17 LPGA, reprenant les termes de l'ancien art. 22 al. 1 LAA en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5 ; 113 V 275 consid. 1a; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2 ; 125 V 369 consid. 2 et la référence; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Enfin, l'art. 17 LPGA n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'art. 22 LAA, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 (ATF 130 V 343 consid. 3.5). b) Une modification notable au sens de l'art. 17 LPGA a été jugée, sous l'empire de la LAMA, en fonction du degré antérieur de l'invalidité (une aggravation de 5% était considérée comme notable pour

un degré d'invalidité de 15%, mais non de 75%). Certains auteurs préconisent de considérer comme déterminante une variation du taux de l'invalidité de 10% au minimum, ce qui paraît adéquat dès lors que seul un taux d'invalidité au moins supérieur à 10% ouvre le droit à une rente (FRESARD/MOSER-SZELESS, in SBVR, Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, L'assurance-accidents obligatoire, p. 911, ch. 215 et les références). Le Tribunal fédéral a jugé qu'un degré d'invalidité de 3% supérieur au degré d'invalidité de 33.3% ne pouvait pas être considérée comme une modification notable au sens de l'art. 17 LPGGA (Arrêt non publié du Tribunal fédéral du 20 avril 2010 no 8C_41/2010, consid. 4.3.2). Dans un autre arrêt, il est arrivé à la même conclusion, concernant une différence de moins de 5% par rapport au degré d'invalidité antérieur (70%), différence qui représentait une augmentation proportionnelle de 5.7% du degré d'invalidité (arrêt non publié du Tribunal fédéral du 18 juillet 2006 no U 267/05, consid. 3.3).

E. 5

a) Selon l'art. 18 al. 1er LAA, si l'assuré est invalide (art. 8 LPGGA) à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité. L'art. 8 al. 1 LPGGA précise qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte

A/369/2011 - 13/20 - d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGGA). b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, en cas de recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement 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 256 consid. 4 et les références). c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et qu'enfin, les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références ; ATF non publié du 23 juin 2008, 9C_773/2007, consid. 2.1). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement

motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette 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. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee ; ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99).

A/369/2011 - 14/20 - 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 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

E. 6

a) En l'espèce, lors de l'octroi initial de rente en février 2002, la SUVA avait notamment considéré que l'assuré ne pouvait plus exercer son activité habituelle de maçon, toutefois, il présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, lesquelles avaient été énoncées par le Dr A_____, dans son rapport du mois de décembre 1997, et lesquelles concernaient les longs déplacements, les déplacements en terrain instable et les efforts au niveau du genou gauche. La profession de nettoyeur de bureau ou toute autre activité en position assise ou alternée debout et assise pouvait être envisagée. b) Avant de rendre la décision attaquée, la SUVA a soumis l'assuré à un examen confié au Dr E_____ (examen du 3 septembre 2009). Celui-ci a déterminé que la situation devait être considérée comme stabilisée, attendu que seule une PTG pouvait encore être envisagée, mais qu'au vu de l'âge de l'assuré et de ses plaintes supportables, elle n'était pas d'actualité. Le médecin a retenu que ses limitations fonctionnelles étaient les suivantes : les positions statiques, debout ou assise, le port de charges légères ou moyennes, la surcharge du genou gauche par des déplacements sur des distances moyennes, l'utilisation d'échelles ou d'échafaudages, les travaux accroupis, à genoux et en terrain instable. Si ces limitations étaient respectées, l'assuré pouvait exercer une activité lucrative à plein temps, en milieu clos, dans un atelier, avec une alternance des positions assise, debout et de courts de déplacement. L'exigibilité serait identique, après la mise en place d'une PTG avec bon résultat. La Cour de céans ne voit pas de motif de s'écarter de l'avis de ce médecin, dont le rapport remplit à l'évidence les critères jurisprudentiels pour que lui soit reconnue pleine valeur probante. Le Tribunal cantonal des assurances sociales, dans son arrêt du 19 octobre 2010 (ATAS/1068/2010), avait déjà conclu à sa pleine valeur et l'assuré ne conteste, au demeurant, pas ce point. Il convient ainsi de constater que l'état de santé de l'assuré s'est effectivement péjoré, en ce sens qu'il ne pouvait plus exercer une activité telle que celle de nettoyeur de bureau et que ses limitations fonctionnelles étaient plus étendues qu'auparavant, l'assuré devant également éviter les positions statiques debout ou assise et le port de charges légères ou moyennes.

A/369/2011 - 15/20 -

E. 7

Il y a dès lors de lieu d'examiner les conséquences de cette péjoration sur la capacité de gain de l'assuré, et partant sur son degré d'invalidité.

E. 8

En vertu de l'art. 16 al. 2 LAA, le droit à l'indemnité journalière s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède. D'après l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance- invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente. Aux termes de l'alinéa 3 de cette disposition légale, le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur la naissance du droit aux rentes lorsque l'on ne peut plus attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré, mais que la décision de l'assurance- invalidité quant à la réadaptation professionnelle intervient plus tard. En application de cette disposition, le Conseil fédéral a édicté l'art. 30 OLAA qui dispose que lorsqu'on ne peut plus attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré, mais que la décision de l'AI concernant la réadaptation professionnelle n'interviendra que plus tard, une rente sera provisoirement allouée dès la fin du traitement médical; cette rente est calculée sur la base de l'incapacité de gain existant à ce moment-là. Le droit s'éteint dès la naissance du droit à une indemnité journalière de l'AI (a), avec la décision négative de l'AI concernant la réadaptation professionnelle (b), avec la fixation de la rente définitive (c). Il s'agit d'une rente transitoire destinée à permettre à l'assureur-accidents qui ne peut encore fixer définitivement le degré d'invalidité de l'assuré, faute de connaître le résultat des mesures de réadaptation entreprises par l'assurance-invalidité, de verser néanmoins une rente d'invalidité à l'assuré sans attendre ce résultat (ATF 116 V 251 consid. 2b et la référence). C'est donc une prestation temporaire, fixée provisoirement, et qui doit être allouée aussi bien pendant le déroulement des mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité que pendant la période qui va de la fin du traitement médical jusqu'au moment où décision est prise quant à d'éventuelles mesures de réadaptation, cas échéant à la mise en œuvre de celles-ci (ATF 129 V 285). Dans un arrêt du 5 juillet 1990 (ATF 116 V 246), le Tribunal fédéral des assurances (ci-après TFA) a estimé que la rente transitoire fondée sur l'art. 30 OLAA doit être fixée d'après la méthode générale de comparaison des revenus. Toutefois, l'évaluation de l'invalidité intervient dans ce cas avant l'exécution éventuelle de mesures de réadaptation. Seule entre en considération, à cette date, l'activité qui peut raisonnablement être exigée de la part d'un assuré non encore réadapté, compte tenu de la situation équilibrée du marché du travail.

A/369/2011 - 16/20 -

E. 9

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 TFA 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; arrêts T. du 13 janvier 2004 [I 564/02] et R. D. du 24 mars 2004 [U 288/03]).-

A/369/2011 - 17/20 -

E. 10

Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). La procédure est régie par le principe inquisitoire, d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Car si le principe

inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 261 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 372 consid. 3; RAMA 1999 n° U 344 p. 418 consid. 3).

E. 11

En l'espèce, la Chambre de céans a, par arrêt du 30 avril 2013, reconnu à l'assuré un degré d'invalidité de 52%. Elle s'est à cet égard fondée sur une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée avec une diminution de rendement de 20%. La SUVA conteste devoir prendre cette diminution de rendement de 20% en considération, considérant qu'elle ne repose que sur les observations faites lors du stage auprès des EPI et non sur des conclusions médicales.

E. 12

Il y a lieu de rappeler que selon le rapport de fin de stage des EPI, l'assuré présentait une entière capacité de travail dans une activité lui permettant d'alterner les positions de travail et en particulier dans les professions d'ouvrier à l'établi ou dans le conditionnement léger et d'opérateur sur de petites machines de transformation. Les EPI ont tout d'abord déterminé qu'un réentraînement à l'effort devrait permettre au recourant de travailler à plein temps avec des rendements oscillant entre 80 et 90%, l'atteinte au membre inférieur gauche ne justifiant pas les rendements constatés (40 à 60%). Suite aux stages de réentraînement à l'effort effectués aux EPI, il est apparu que les rendements avaient effectivement pu être améliorés, et qu'ils se situaient entre 60 et 80% suivant les activités.

A/369/2011 - 18/20 - Dans son arrêt du 30 avril 2013, la Chambre de céans a reproché à l'OAI de vouloir donner la préférence aux rapports des médecins, qui avaient retenu une pleine capacité de travail sans diminution de rendement, alors que le dossier lui avait précisément été renvoyé par le Tribunal cantonal des assurances sociales, alors compétent, pour déterminer concrètement l'activité que le recourant pouvait exercer, étant rappelé au surplus que le service de réadaptation de l'OAI avait lui-même estimé, en janvier 2011, que la mesure d'orientation professionnelle devait permettre d'établir les rendements qui étaient exigibles du recourant dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. La Chambre de céans, constatant que les EPI avaient dûment pris en considération les limitations fonctionnelles du recourant et que celles constatées rejoignent celles précédemment retenues par les différents médecins, que le recourant s'était montré consciencieux et assidu durant les stages de réentraînement à l'effort, qu'il ne résultait pas de ce rapport que les constatations et conclusions des EPI auraient été influencées par des éléments de nature subjective, que partant, les renseignements recueillis dans le cadre de la mesure d'orientation professionnelle complétaient de manière appropriée les données médicales, a considéré qu'il convenait de suivre les constatations et conclusions des EPI. Elle n'a toutefois pas retenu la diminution de rendement constatée par les EPI suite au stage de réentraînement, se situant entre 20 et 40% suivant les activités. Se fondant sur le fait qu'avant la période de réentraînement, les EPI avaient estimé qu'une diminution de rendement oscillant entre 10 et 20% pourrait être admise au vu des limitations fonctionnelles découlant uniquement de l'atteinte au genou gauche, qu'à la fin des deux stages de réentraînement de 16 et 10 jours, soit des stages relativement courts, les rendements de l'assuré avaient déjà progressé à 80% pour certaines activités, et que le

médecin traitant avait admis le 25 octobre 2011 des diminutions de rendement de 20 à 40%, la Chambre de céans avait conclu, au degré de la vraisemblance prépondérante, à une diminution de rendement de 20%.

E. 13

En l'espèce, la SUVA considère, tout comme l'avait allégué l'OAI, que les observations faites dans le cadre du stage de l'assuré aux EPI n'étaient pas suffisantes pour infirmer les conclusions médicales contraires, soit celles des Drs E_____ et G_____. Or, dans son arrêt du 19 octobre 2010 (ATAS/1068/2010), le TCAS avait considéré que le rapport du Dr E_____ avait pleine valeur probante et que l'assuré présentait une entière capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, mais, estimant que la question de l'activité adaptée n'avait pas été adaptée à satisfaction de droit, avait renvoyé la cause pour instruction complémentaire à l'OAI pour qu'il mette en œuvre une mesure d'observation professionnelle, afin de déterminer concrètement quelles activités étaient exigibles du recourant, ce qui avait donné lieu aux stages aux EPI.

A/369/2011 - 19/20 - Force dès lors est de constater que les motifs pour lesquels la Chambre de céans a retenu une diminution de rendement de 20% dans le cadre du litige opposant l'assuré à l'OAI doivent être repris tels quels s'agissant du présent litige.

E. 14

Dans son arrêt du 30 avril 2013, la Chambre de céans a fixé le degré d'invalidité sur la base d'un revenu sans invalidité de 77'165 fr. 55 et d'un revenu avec invalidité de 36'744 fr. 20, compte tenu d'un abattement supplémentaire de 25%. La SUVA considère qu'elle n'est pas liée par l'abattement de 25% retenu en matière d'AI, dans la mesure où l'âge de l'assuré a été pris en considération. Elle se réfère expressément à l'art. 28 al. 4 OLAA, lequel permet, selon elle, de faire abstraction de cet aspect dans l'évaluation de l'invalidité d'assurés âgés. La SUVA en conclut qu'un abattement de 15% serait suffisant, pour tenir compte de la nécessité de changer d'occupation.

E. 15

Il est vrai que selon l'art. 28 al. 4 OLAA, « Si, en raison de son âge, l'assuré ne reprend pas d'activité lucrative après l'accident ou si la diminution de la capacité de gain est due essentiellement à son âge avancé, les revenus de l'activité lucrative déterminants pour l'évaluation du degré d'invalidité sont ceux qu'un assuré d'âge moyen dont la santé a subi une atteinte de même gravité pourrait réaliser ». Il appert toutefois en l'espèce que si la Chambre de céans a retenu un abattement de 25%, ce n'était pas en fonction de l'âge de l'assuré uniquement, mais aussi de ses limitations fonctionnelles, de ses années de service et de sa nationalité. A noter du reste que l'OAI s'était déclaré d'accord avec ce taux de 25%. Il n'y a dès lors pas lieu de considérer la situation sous un angle différent de celui de l'AI. Partant, le taux de 25% peut être pris en considération.

E. 16

Aussi le recours est-il admis, en ce sens que l'assuré a droit à une rente d'invalidité LAA sur la base d'un degré d'invalidité de 52% à compter du 1er mai 2007.

A/369/2011 - 20/20 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.