

GE_GERICHTE A/3417/2014 vom 10. Dezember 2015

GE Cour de justice, 2015-12-10, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3417_2014

FR: GE_GERICHTE A/3417/2014 du 10 décembre 2015

IT: GE_GERICHTE A/3417/2014 del 10 dicembre 2015

Erwägungen

E. 3

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à Genève, représenté par - PROCAP Service juridique recourant contre SUVA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCES EN CAS D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1; Lucerne, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Didier ELSIG intimée EN FAIT 1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né en 1951, a travaillé en tant que nettoyeur de bâtiment dès le 12 avril 2010. [endif]>[if> En cette qualité, il était assuré contre le risque d'accidents et de maladies professionnelles auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt ; ci-après : la Suva) 2. Le 13 juillet 2012, l'assuré a été victime d'un accident : alors qu'il était au guidon de son scooter, il a été heurté par une camionnette et a chuté, ce qui lui a valu une contusion au genou gauche (cf. déclaration de sinistre du 17 juillet 2012). [endif]>[if> 3. La doctoresse B_____, médecin au Service de médecine de premier recours des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), a attesté d'une incapacité de travail totale dès le 13 juillet 2012, régulièrement prolongée par la suite. [endif]>[if> 4. Dans un rapport du 9 août 2012, la Dresse B_____ a indiqué que, suite à l'accident, l'assuré avait souffert de douleurs aux niveaux des cervicales, des dorsales, du coude gauche, du poignet droit, du genou et de la cheville gauches et de multiples dermabrasions. Le diagnostic était celui de suspicion de luxation externe de la rotule gauche. [endif]>[if> 5. L'assuré a été hospitalisé au Service de chirurgie orthopédique des HUG du 6 au 9 novembre 2012. [endif]>[if> Dans leur lettre de sortie du 17 septembre 2012, les docteurs C_____ et D_____ ont diagnostiqué une rupture complète du ligament croisé antérieur (LCA), une déchirure en anse de seau du ménisque interne, clivée en deux parties, remaniée, une rupture du ligament ménisco-fémoral et une insuffisance du ligament collatéral interne (LCI) superficielle de stade III à IV par désinsertion fémorale, ainsi qu'une chondropathie trochléenne de stade III du genou gauche. L'assuré avait subi une plastie du LCA par allogreffe du tendon rotulien, une méniscectomie partielle interne arthroscopique, et une reconstruction du complexe ligamentaire interne par semi-tendineux autologue. Les suites post-opératoires étaient favorables. L'arrêt de travail était prolongé au 15 décembre 2012. 6. Lors d'un entretien avec la Suva le 22 janvier 2013, l'assuré a exposé que son travail impliquait de nombreuses manutentions et le port de charges. Il avait des douleurs permanentes au genou, plus vives à la mobilisation. Il se déplaçait à l'aide de deux cannes, l'appui total sur la jambe gauche provoquant de fortes douleurs. La flexion était encore très limitée, de même que l'extension, dans une moindre mesure. Il souffrait d'une douleur permanente au bas du dos, plus vive à la marche, qui le réveillait parfois la nuit. Il avait été licencié avec effet au 31 janvier 2013. [endif]>[if> 7. Dans son rapport du 14 janvier 2013, le Dr D_____ a qualifié l'évolution de favorable et le pronostic de bon. La physiothérapie se poursuivait. Un dommage permanent sous forme de gonarthrose pouvait

subsister. 8. Le docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la Suva, a examiné l'assuré en date du 18 février 2013. Après avoir résumé le dossier médical, il a noté que l'assuré mentionnait un traumatisme de la région lombaire au moment de l'accident et qu'il souffrait encore de douleurs au genou, lequel restait enflé. Le Dr D_____ a constaté une raideur du genou avec un flexum de 15°. Il a proposé une évaluation auprès de la Clinique romande de réadaptation (CRR). 9. Le 25 février 2013, le Dr C_____ a souligné la complexité de la situation de l'assuré, vu l'atteinte multi-ligamentaire. La récupération post-chirurgicale était lente ; une ablation de la vis fémorale était prévue le 7 mai 2013. 10. Dans un rapport du 8 mai 2013, le Dr C_____ a confirmé l'ablation de vis spongieuses et d'une rondelle à hauteur du condyle fémoral interne, ainsi qu'une stabilisation de la greffe de semi-tendineux par ancre. 11. Lors d'un entretien le 14 octobre 2013 avec la Suva, l'assuré a signalé des douleurs permanentes au genou gauche, plus vives la nuit. Il a indiqué monter les escaliers en posant d'abord la jambe droite, puis en ramenant la jambe gauche. Il pouvait tant bien que mal s'agenouiller, mais cette position provoquait de fortes douleurs et il peinait à se relever. Il boitait. La flexion restait limitée, à l'instar de l'extension. Il a décrit une sensation de fourmillement sur la face interne du genou et une petite boule douloureuse au tibia. La situation de son dos ne s'était pas modifiée. 12. La doctoresse E_____, spécialiste FMH en médecine générale, a fait état, dans un rapport du 20 décembre 2013, d'un déficit de flexion de 10° et d'une atrophie du quadriceps. La reprise du travail n'était pas prévue et un dommage permanent était à craindre. 13. L'assuré a séjourné à la CRR du 11 mars au 8 avril 2014. Dans leur rapport du 24 avril 2014, les docteurs F_____ et G_____ ont mentionné le diagnostic principal de thérapies physiques et fonctionnelles pour gonalgies gauches chroniques et les diagnostics supplémentaires de neuropathie du nerf saphène interne de degré très léger (révélée par un électroneuromyographe du 17 mars 2014), d'hypertension artérielle et d'hypercholestérolémie. A titre de comorbidités, ils ont évoqué des lombalgies chroniques, des troubles lombaires dégénératifs et un asthme chronique. Lors de son arrivée, l'assuré se plaignait principalement de lombalgies basses. Il rapportait également des gonalgies gauches internes de type mécanique. Les radiographies révélaient de discrets troubles dégénératifs fémoro-patellaires et une discopathie dégénérative L5-S1 avec pincement intersomatique. Durant le séjour, il y avait eu majoration des difficultés respiratoires car l'assuré ne prenait pas son traitement de manière régulière, ce qui avait donné lieu à une adaptation de la médication. Les plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquaient principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour. Des facteurs contextuels tels que l'âge de l'assuré et l'absence de qualification reconnue influençaient négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par celui-ci, qui restait centré sur ses douleurs. La participation aux thérapies avait été moyenne. L'implication dans les ateliers professionnels était également marquée par des auto-limitations. Le discours de l'assuré sur la possibilité de reprendre une activité de nettoyage était fluctuant. Les médecins ont préconisé d'éviter : port de charges moyennes de manière répétée, marche prolongée, travail en position accroupie ou à genoux, travail en hauteur avec utilisation d'échelles. Selon eux, l'état était stabilisé. Le pronostic de réinsertion était défavorable, en raison des facteurs médicaux et contextuels. La capacité de travail était totale dans une activité adaptée dès le 9 avril 2014. Dans le rapport des ateliers professionnels joint, les spécialistes notaient que l'assuré travaillait de longue date dans le secteur du nettoyage. Les aspects pénalisant

l'intégration socio-professionnelle étaient les lombalgies et les gonalgies, la boiterie, les difficultés respiratoires, l'absence de connaissance du français écrit et l'absence de formation et de diversification professionnelle. 14. Lors d'un entretien avec un collaborateur de la Suva en date du 6 mai 2014, l'assuré a indiqué ressentir toujours des douleurs dans le dos et la jambe, l'empêchant de conduire ou de marcher sur de longues distances. Il devait faire le deuil de son activité professionnelle et cela affectait son moral. Il a indiqué que certaines activités dans les ateliers professionnels de la CRR avaient été difficiles en raison de son asthme et du fait qu'il n'avait alors pas son traitement pour cette atteinte. L'assuré a été rendu attentif aux conclusions de la CRR sur sa capacité de travail -totale dans une activité adaptée - et son obligation de réduire le dommage. La Suva lui a précisé qu'elle confirmerait dès que possible cette capacité de travail, mais « lui laisserait un mois pour se retourner ». !endif]>[if> 15. Le 1^{er} mai 2014, l'ancien employeur de l'assuré a indiqué que, sans invalidité, son salaire aurait été de 23.- CHF/h., auxquels se seraient ajoutés 1.91 CHF/h. pour le 13^{ème} salaire et 1.91 CHF/h. à titre d'autre indemnité. Le temps de travail était de 44 h./sem. en 2013 et de 43 h./sem. par semaine en 2014. !endif]>[if> 16. Le 19 mai 2014, le Dr D_____ a estimé l'atteinte à l'intégrité à 5%. Rappelant que les radiographies réalisées à la CRR avaient objectivé un début d'arthrose fémoro-tibiale interne et fémoro-patellaire, il a retenu le taux inférieur à une arthrose fémoro-patellaire moyenne, conformément à la table 5 d'indemnisation de la Suva. !endif]>[if> 17. Dans un rapport du 23 mai 2014, le Dr D_____ a considéré la situation comme stabilisée. L'incapacité de travail était totale dans l'activité professionnelle exercée avant l'accident. En revanche, l'assuré pouvait exercer à plein temps une activité adaptée aux limitations fonctionnelles énumérées par les médecins de la CRR. Le Dr D_____ préconisait la prise en charge de deux consultations d'orthopédie par année, trois séries de neuf séances de physiothérapie durant deux ans et des médicaments antalgiques. !endif]>[if> 18. Dans un document interne du 26 mai 2014, la Suva a retenu cinq emplois adaptés à l'assuré parmi les descriptifs de postes de travail (DPT). Le revenu moyen tiré de ces activités était de CHF 53'759.20 en 2014. Les postes étaient les suivants : !endif]>[if> - collaborateur de production, activité sans port de charges exercée assis et penché en avant, impliquant le port de gants de latex pour travailler avec des produits chimiques, exigeant une bonne vue et une motricité fine; !endif]>[if> - ouvrier d'atelier de perçage, activité sans port de charges exercée assis et penché en avant; !endif]>[if> - ouvrier en horlogerie, activité sans port de charges exercée assis et penché en avant, exigeant minutie et l'utilisation d'un binoculaire ou d'une loupe ; !endif]>[if> - collaborateur de production, activité sans port de charges exercée assis; !endif]>[if> - ouvrier en horlogerie, activité sans port de charges exercée assis, exigeant une bonne vue. !endif]>[if> 19. Lors de l'entretien avec la Suva du 4 juin 2014, l'assuré a déclaré ne pas aller mieux et a décrit les difficultés apparues dans son quotidien. Il a indiqué avoir cherché sans succès un travail dans le domaine de la sécurité. !endif]>[if> 20. Par décision du 5 juin 2014, la Suva a mis fin au versement de l'indemnité journalière au 30 juin 2014. Elle a rappelé que, selon la jurisprudence, la capacité de travail pour une personne au chômage était déterminée sur la base de l'ancien métier pendant six mois, puis sur celle de l'activité raisonnablement exigible. Une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5% était octroyée. !endif]>[if> 21. Le 20 juin 2014, la Suva a rendu une nouvelle décision annulant et remplaçant celle du 5 juin 2014, mettant un terme à la prise en charge des soins médicaux (hormis deux consultations orthopédiques par an, trois séries de neuf séances de physiothérapie par an pour deux ans et

des médicaments antalgiques à raison de deux à trois emballages originaux par mois).

Considérant qu'une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles retenues par les médecins de la CRR, auxquelles s'ajoutait l'impossibilité de la marche prolongée, était exigible à 100% et que les séquelles de l'accident ne réduisaient pas la capacité de gain de manière importante, la Suva a conclu que les conditions pour l'octroi d'une rente n'étaient pas réalisées. Pour le surplus, la décision reprenait les termes de celle du 5 juin 2014. 22. Le 27 juin 2014, l'Office d'assurance-invalidité (OAI) a adressé à l'assuré un projet de décision, aux termes duquel les prestations d'invalidité lui étaient refusées. L'OAI a considéré que l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès le 9 avril 2014. Le degré d'invalidité s'élevait à 10% après comparaison des revenus, en tenant compte d'une réduction supplémentaire de 10% pour le revenu avec invalidité.

23. Par écriture du 14 août 2014, l'assuré s'est opposé à la décision de la Suva. Il a reproché à la Suva de n'avoir pas tenu compte du fait que, lorsqu'une diminution de la capacité de gain et l'impossibilité d'exercer une activité lucrative sont dues essentiellement à l'âge avancé d'un assuré, les revenus de l'activité lucrative déterminants sont ceux d'un assuré d'âge moyen, ce qui vise à empêcher l'octroi de rentes d'invalidité comportant une composante de prestation de vieillesse. Par ailleurs, l'indemnité journalière de CHF 124.95 ne correspondait pas au gain assuré, qui s'élevait à CHF 4'922.- en incluant les heures supplémentaires selon le livre de paie de l'employeur. De plus, il y avait lieu de déterminer de manière plus précise le calcul d'invalidité. 24. Interpellé par la Suva sur le point de savoir si l'assuré aurait été appelé à réaliser des heures supplémentaires en cas de poursuite des rapports de travail, l'ancien employeur a répondu par l'affirmative le 23 septembre 2014, estimant le nombre d'heures supplémentaires à quarante par année.

La convention collective de travail avait changé en janvier 2014 et les heures supplémentaires étaient désormais limitées. En cas de besoin accru de personnel, l'employeur recourait à des travailleurs temporaires. Sa réponse se fondait sur les heures effectuées par une personne dans la même catégorie d'emploi que l'assuré. (cf. note d'entretien téléphonique du 6 octobre 2014 entre la Suva et l'ancien employeur). 25. Par décision du 7 octobre 2014, la Suva a écarté l'opposition.

La Suva a considéré que seul restait litigieux le droit à la rente, la décision étant déjà entrée en force sur les autres points. En l'espèce, le revenu d'invalidité avait été déterminé sur la base des données salariales résultant des DPT. Le gain d'invalidité retenu pour la comparaison ne prêtait pas flanc à la critique, dès lors que les DPT étaient adaptés au handicap de l'assuré et avaient été versées au dossier. S'agissant du gain sans invalidité, on pouvait admettre que l'assuré aurait réalisé en 2014 quarante heures supplémentaires et que son salaire se serait élevé à CHF 56'861.95 (CHF 23.- x 43 heures x 52 semaines, + 13^{ème} salaire, soit CHF 55'711.95 ; + CHF 28.75 x 40 heures, soit CHF 1'150.- pour les heures supplémentaires). La comparaison de ces revenus aboutissait à un degré d'invalidité de 5.45%. Aucun élément au dossier ne permettait d'admettre que c'était en raison de son âge que l'assuré n'avait pas repris le travail. Quoi qu'il en soit, même en partant du revenu d'un assuré d'âge moyen, la perte de gain ne serait pas plus importante. 26. Par courrier du 9 octobre 2014, l'assuré a signalé à la Suva que les DPT ne figuraient pas dans la copie du dossier qui lui avait été transmise en date du 16 juin 2014. Il l'a invitée à les lui faire parvenir.

27. Par écriture du 10 novembre 2014, l'assuré a interjeté recours contre la décision de la Suva en concluant, sous suite de dépens, à son annulation, à l'octroi d'une rente d'invalidité et, subsidiairement, au renvoi du dossier à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

En premier lieu, le recourant a requis la production du

dossier de l'intimée ainsi que l'apport du dossier de l'OAI. Il reproche à l'intimée de ne pas expliquer pour quelles raisons elle s'écarte du degré d'invalidité de 10% retenu par l'OAI, alors que la notion d'invalidité est en principe identique pour les deux assurances et qu'une appréciation divergente ne peut intervenir qu'à titre exceptionnel. Quoiqu'il en soit, selon le recourant, le taux de 10% retenu par l'OAI est trop bas et contesté, tout comme la réduction supplémentaire de 10% opérée par l'OAI au salaire statistique permettant de fixer le revenu d'invalidité. Pour le surplus, selon le recourant, l'intimée s'est basée sur des DPT inadaptées à son état de santé : son asthme empêche en particulier l'exercice de l'activité de collaborateur de production avec des produits chimiques et il est douteux qu'il dispose de la méticulosité, de la précision, de la bonne vue et de la dextérité indispensables aux autres activités retenues. Le recourant conteste également le revenu sans invalidité, fixé à CHF 56'861.95 en tenant compte de quarante heures supplémentaires en 2014. Il reproche à l'intimée d'avoir oublié de majorer ce montant afin de tenir compte des jours fériés, des vacances et de l'indexation. Il fait remarquer que l'OAI a fixé pour sa part le revenu déterminant pour 2013 à CHF 62'370.-. 28. Dans sa réponse du 9 décembre 2014, l'intimée a conclu au rejet du recours. Selon l'intimée, le litige se limite au droit du recourant à une rente d'invalidité. L'intimée relève que le recourant ne conteste pas que l'exigibilité médicale a été instruite de manière complète. S'agissant de l'uniformité de la notion d'invalidité, elle rappelle que, pour qu'un assureur soit lié par l'appréciation d'un autre assureur social, il faut que cette appréciation ait fait l'objet d'une décision entrée en force, ce qui n'était pas le cas en l'espèce : le projet de décision de l'OAI était postérieur à la décision de l'intimée, si bien qu'on ne peut lui reprocher de s'en être écartée. Quant au fait que le recourant est proche de l'âge de la retraite, il ne s'agit pas d'un élément pertinent, d'autant que rien ne permet d'admettre que c'est en raison de son âge que le recourant n'a pas repris le travail. C'est donc à bon droit que l'intimée n'a pas appliqué les dispositions réglementaires dont se prévaut le recourant. Le gain d'invalidité pris en compte par l'intimée ne prête pas flanc à la critique. Quant au revenu avant invalidité, il n'y a pas lieu de majorer le montant des heures supplémentaires pour tenir compte des jours fériés et des vacances : un tel raisonnement reviendrait à admettre qu'un employé effectuant des heures supplémentaires a droit à davantage de vacances. 29. Dans sa réplique du 19 janvier 2015, le recourant a persisté dans ses conclusions. Il produit le recours interjeté contre la décision de l'OAI du 4 décembre 2014 et requiert la jonction des causes. 30. Par duplique du 20 février 2015, l'intimée a persisté dans ses conclusions. Elle réaffirme qu'en l'absence de décision de l'OAI entrée en force, la présomption d'exactitude de l'appréciation de l'invalidité par cet office ne peut lui être opposée. Elle ajoute qu'il n'y a pas lieu de joindre les causes, puisque les recours ne concernent pas les mêmes parties. 31. La chambre de céans a transmis copie de cette écriture au recourant en date du 23 février 2015. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur depuis le 1 er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. La LPGA, entrée en force le 1 er janvier 2003, est applicable à la présente procédure. 3. Le recours a été déposé dans les délai et forme prévus par la loi (art. 56ss LPGA). 4. L'objet du litige dans la procédure administrative contentieuse est le rapport juridique qui -

dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision - constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige. Les questions qui - bien qu'elles soient visées par la décision administrative et fassent ainsi partie de l'objet de la contestation - ne sont plus litigieuses, d'après les conclusions du recours, et qui ne sont donc pas comprises dans l'objet du litige, ne sont examinées par le juge que s'il existe un rapport de connexité étroite entre les points non contestés et l'objet du litige (arrêt du Tribunal fédéral 9C_441/2008 du 10 juin 2009 consid. 2.2).

En l'espèce, la décision sur opposition circonscrit l'objet de la contestation au seul droit à la rente du recourant et ce dernier ne prend pas de conclusions portant sur d'autres prestations dans son recours du 10 novembre 2014. Ainsi, conformément à la jurisprudence précitée, l'objet du litige se limite au taux d'invalidité du recourant – et au droit à la rente qui en découle. Le montant des indemnités journalières n'a dès lors pas à être examiné par la chambre de céans.

5. Il y a lieu au préalable d'examiner la demande de jonction de la présente procédure à celle qui oppose le recourant à l'OAI.

En vertu de l'art. 70 al. 1 de la loi sur la procédure administrative (LPA – E 5 10), l'autorité peut, d'office ou sur requête, joindre en une même procédure des affaires qui se rapportent à une situation identique ou à une cause juridique commune. En l'espèce, les parties ne sont pas identiques, de sorte qu'une jonction des causes ne se justifie pas. La requête du recourant sera ainsi rejetée.

6. L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel en vertu de l'art. 6 al. 1 LAA. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique ou mentale (art. 4 LPGa).

Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGa) à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). L'art. 8 LPGa 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 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 LPGa). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGa). A teneur de 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.

7. L'invalidité est une notion économique et non médicale, où sont prises en compte les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de gain (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 15/06 du 21 décembre 2006 consid. 2.2). La notion d'invalidité définie à l'art. 8 LPGa, est en principe identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité (ATF 126 V 288 consid. 2d ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 853/05 du 28 décembre 2006 consid. 4.1.1). Si le Tribunal fédéral a confirmé le caractère

uniforme de la notion d'invalidité dans les différentes branches d'assurance, il a renoncé à la pratique consistant à accorder en principe plus d'importance à l'évaluation effectuée par l'un des assureurs sociaux, indépendamment des instruments dont il dispose pour instruire le cas et de l'usage qu'il en a fait dans un cas concret. Certes, il faut éviter que des assureurs procèdent à des évaluations divergentes dans un même cas. Mais même si un assureur ne peut en aucune manière se contenter de reprendre, sans plus ample examen, le taux d'invalidité fixé par un autre assureur, une évaluation entérinée par une décision entrée en force ne peut pas rester simplement ignorée. Toutefois, il convient de s'écarter d'une telle évaluation lorsqu'elle repose sur une erreur de droit ou sur une appréciation insoutenable ou encore lorsqu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec l'assuré. A ces motifs de divergence, il faut ajouter des mesures d'instruction extrêmement limitées et superficielles, ainsi qu'une évaluation pas du tout convaincante ou entachée d'inobjectivité. Enfin, un assureur social ne saurait être contraint, par le biais des règles de coordination de l'évaluation de l'invalidité, de répondre de risques qu'il n'assure pas, notamment, pour un assureur-accidents, une invalidité d'origine malade non-professionnelle. Encore faut-il, pour que l'assurance-invalidité soit liée par l'évaluation de l'assurance-accidents, que celle-ci ait fait l'objet d'une décision passée en force. Tel est le cas si l'entrée en force de la décision de l'assurance-accidents est postérieure à la décision attaquée de l'assurance-invalidité, mais qu'elle est intervenue au cours de la procédure de recours (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 406/01 du 28 novembre 2002 consid. 1.2). Ces principes valent également lorsqu'à l'inverse, la décision de l'assurance-accidents est postérieure à celle de l'assurance-invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 259/00 du 16 mars 2001 consid. 5b).

8. Pour déterminer le revenu sans invalidité avant un accident, il faut rechercher quelles sont les possibilités de gain d'un assuré censé utiliser pleinement sa capacité de travail. Peu importe de savoir si l'assuré mettait à profit, entièrement ou partiellement seulement, sa capacité de travail; ces éléments sont pris en compte au travers du montant du gain assuré (arrêt du Tribunal fédéral 8C_708/200 du 21 août 2008 consid. 5.5). Lorsqu'on peut partir de l'idée que l'assuré aurait continué son activité professionnelle sans la survenance de l'atteinte à la santé, on prendra en compte le revenu qu'il obtenait dans le poste occupé jusqu'alors (RAMA 2006 n° U 568 p. 66, consid. 2; arrêt du Tribunal fédéral 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 5.5). La prise en compte des gains accessoires intervient sans égard au rendement et au temps consacré pour leur obtention. Elle s'étend donc aux revenus obtenus dans une activité accomplie en supplément d'un emploi exercé dans les limites d'un horaire de travail normal (arrêt du Tribunal fédéral 8C_676/2007 du 11 mars 2008 consid. 3.3.2). Les revenus réalisés dans des activités accessoires ne sont pris en compte dans le revenu sans invalidité que si l'on peut admettre que l'assuré aurait continué, selon toute vraisemblance, à les percevoir sans la survenance de l'atteinte à la santé. En d'autres termes, la prise en compte d'un revenu accessoire suppose un lien entre l'atteinte à la santé et la cessation de l'activité s'y rapportant (arrêt du Tribunal fédéral 8C_274/2009 du 3 décembre 2009 consid. 6 et les références).

9. S'agissant de la fixation du revenu d'invalidité, ce n'est pas le fait que l'assuré mette réellement à profit sa capacité résiduelle de travail qui est déterminant, mais bien plutôt le revenu qu'il pourrait en tirer dans une activité raisonnablement exigible. Le caractère raisonnablement exigible d'une activité doit être évalué de manière objective, c'est-à-dire qu'on ne peut simplement tenir compte de l'appréciation négative par l'assuré de l'activité en cause. En application de ce principe, la jurisprudence admet très largement le caractère exigible d'une activité (Ulrich MEYER,

Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 2 ème éd., p. 294ss). 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 75 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 consid. 3b/aa), ou de données salariales résultant de descriptions de postes de travail (DPT). La détermination du revenu d'invalide sur la base des DPT suppose, en sus de la production d'au moins cinq DPT, la communication du nombre total des postes de travail pouvant entrer en considération d'après le type de handicap, ainsi que du salaire le plus haut, du salaire le plus bas, et du salaire moyen du groupe auquel il est fait référence. Lorsque le revenu d'invalide est déterminé sur la base des DPT, une réduction du salaire, eu égard au système même des DPT, n'est ni justifiée ni admissible (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3). 9. En matière d'assurance-invalidité, lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPG), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (arrêt du Tribunal fédéral 9C_695/2010 du 15 mars 2011 consid. 5). L'assurance-invalidité n'a pas à répondre du fait qu'un assuré ne trouve plus d'emploi adapté à ses atteintes à la santé en raison de son âge. Dans le cadre de l'examen de l'exigibilité qu'imposent tant la notion de marché du travail équilibré que le devoir de réadaptation – examen qui interdit de partir d'hypothèses irréalistes, – l'âge avancé ne constitue toutefois pas un facteur étranger à l'invalidité, mais fait partie des caractéristiques qui, cumulées aux circonstances personnelles et professionnelles, peuvent avoir pour conséquence que la capacité résiduelle de gain de l'assuré n'est de manière réaliste plus demandée sur le marché équilibré du travail et que sa mise en valeur n'est plus exigible (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 819/04 du 27 mai 2005 consid. 2.2 et les références). Le moment auquel la question de la mise en valeur de la capacité (résiduelle) de travail pour un assuré proche de l'âge de la retraite doit être examinée correspond au moment auquel il a été constaté que l'exercice d'une activité lucrative était médicalement exigible, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (ATF 138 V 457 consid. 3). Le Tribunal fédéral a considéré que le seuil dès lequel on peut parler d'âge avancé se situe à 60 ans (arrêt du Tribunal fédéral 9C_612/2007 du 14 juillet 2008 consid. 5.2). 10. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou 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; ATF 115 V 133 consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont

susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 762/02 du 6 mai 2003 consid. 2.2).>[if> b) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient 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 des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3; ATF 122 V 157 consid. 1c). c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). d) 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). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2). 11. Un justiciable a le droit de faire administrer des preuves essentielles en vertu de la garantie constitutionnelle du droit d'être entendu (ATF 127 V 431 consid. 3a), ce droit n'empêche cependant pas l'autorité de mettre un terme à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de former sa conviction, et que procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude que ces dernières ne pourraient l'amener à modifier sa décision (ATF 130 II 425 consid. 2.1; ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d; Ueli KIESER, ATSG-Kommentar: Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, 2^{ème} éd., Zürich 2009, n. 72 ad art. 61).>[if> 12. En l'espèce, il convient en premier lieu de relever ce qui suit au sujet de la capacité de travail et de gain du recourant.>[if> Aucun rapport médical ne satisfait en tous points aux réquisits jurisprudentiels développés, en particulier pas celui

des médecins de la CRR. Ce document ne contient en effet pas d'anamnèse et on ignore si ses auteurs ont eu accès au dossier médical du recourant, qui n'y est pas résumé. De plus, sur le fond, ce rapport présente des contradictions. En effet, les Drs F_____ et G_____ ont noté que des facteurs étrangers influençaient les aptitudes fonctionnelles du recourant et que ce dernier était focalisé sur ses douleurs. Une telle conclusion ne manque pas d'étonner, dès lors que les médecins ont également souligné que les lésions objectives expliquaient les plaintes et les limitations fonctionnelles du recourant. Par ailleurs, bien qu'une discopathie ait été constatée, aucune limitation fonctionnelle en lien avec les lombalgies du recourant n'a été retenue. Il est vrai qu'il s'agit selon le diagnostic des médecins de la CRR de troubles lombaires dégénératifs, soit d'affections a priori sans lien avec l'accident, dont l'intimée ne répond pas à défaut de lien de causalité naturelle avec l'accident (arrêt du Tribunal fédéral 8C_464/2014 du 17 juillet 2015 consid. 3.1) . Ces lacunes ne sont cependant pas d'une importance telle qu'il faille s'écarter des conclusions des médecins de la CRR, selon lesquelles le recourant dispose d'une capacité de travail totale dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. En effet, il n'existe aucun rapport médical attestant du contraire et le recourant ne signale pas d'autre atteinte dont il n'aurait pas été tenu compte. L'examen des DPT révèle pour le surplus qu'elles sont adaptées aux troubles du recourant, dès lors qu'elles n'impliquent pas de tâche ou de posture incompatible avec les limitations fonctionnelles retenues. Et même à supposer que les médecins n'aient pas suffisamment tenu compte des lombalgies du recourant dans la délimitation des activités adaptées, il faut relever qu'aucune des DPT réunies par l'intimée ne comprend d'activité sollicitant particulièrement le rachis, si bien que cette imprécision éventuelle reste sans conséquence. Les arguments du recourant ne permettent pas de parvenir à une autre appréciation. Il n'existe aucun indice qu'il ne peut travailler en tant que collaborateur de production. En effet, selon le DPT correspondant, la seule précaution nécessaire est le port de gants, si bien qu'on peut admettre qu'il ne s'agit pas de composés volatiles auxquels le recourant ne doit pas être exposé en raison de son asthme. Il fait également valoir qu'il n'est pas établi qu'il dispose des facultés nécessaires à l'exercice des autres activités décrites. Or, le dossier médical ne contient aucun élément permettant de l'exclure. Il n'apparaît notamment pas que le recourant présenterait des atteintes des membres supérieurs ou des problèmes oculaires restreignant sa motricité et sa vision. Quant à la question de l'abattement statistique soulevée par le recourant, elle est sans pertinence lorsque le revenu d'invalidé se fonde sur des DPT, conformément à la jurisprudence citée. Le recourant ne conteste d'ailleurs pas disposer d'une capacité de travail complète dans une activité adaptée au plan médico-théorique. Il reproche en revanche à l'intimée de s'être écartée sans explications du calcul d'invalidité de l'OAI. A cet égard, la chambre de céans rappelle que, conformément à la jurisprudence développée ci-dessus, l'assurance-invalidité doit tenir compte de l'âge avancé d'un assuré lorsqu'elle se prononce sur son droit à la rente. En matière d'assurance-accidents, l'art. 28 al. 4 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA - RS 832.202) prévoit que 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. Cette disposition vise deux situations : celle où l'assuré, en raison de son âge, ne reprend plus d'activité lucrative après l'accident et celle où l'atteinte à sa capacité de gain a principalement pour origine l'âge avancé de l'assuré. Dans ces deux cas, l'incapacité de gain doit être toutefois imputée au moins partiellement à l'accident. Le

revenu hypothétique déterminant pour l'évaluation du degré d'invalidité est alors celui qu'un assuré d'âge moyen dont la santé a subi une atteinte de même gravité pourrait réaliser. Ce système repose sur le fait qu'une même atteinte à la santé peut entraîner chez une personne âgée une invalidité totale, alors qu'elle n'occasionne souvent aucune invalidité chez une personne d'âge moyen. L'art. 28 al. 4 OLAA empêche que l'assuré d'âge avancé dont l'invalidité due à l'accident est peu importante perçoive une rente viagère d'invalidité, qui aurait en l'occurrence le caractère d'une rente de vieillesse. L'assuré d'âge avancé ne percevra donc une rente d'invalidité que dans la mesure où une telle rente serait octroyée dans les mêmes conditions à un assuré d'âge moyen, présentant les mêmes capacités professionnelles et les mêmes aptitudes (André GHÉLEW / Olivier RAMELET / Jean-Baptiste RITTER, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents, Lausanne 1992, p. 103). Selon la jurisprudence, l'âge moyen au sens de l'art. 28 al. 4 OLAA se situe entre 40 et 45 ans (ATF 122 V 418 consid. 1b). L'art. 28 al. 4 OLAA impose de se fonder sur les circonstances hypothétiques d'un assuré d'un âge moyen non seulement pour la fixation du revenu d'invalidité, mais également pour celui du revenu avant invalidité (ATF 114 V 312 consid. 2 ; RAMA 1997 n° U 271 p. 152 consid. 7b/aa). Dans un cas d'application concernant une assurée de 62 ans ayant travaillé en qualité de vendeuse avant son accident, le Tribunal fédéral s'est fondé s'agissant du revenu sans invalidité sur le salaire de vendeuse ressortant du contrat-type de travail dans la branche – tenant compte du fait que la recourante ne se serait pas durablement contentée du revenu effectivement réalisé, largement inférieur – et pour le revenu avec invalidité sur le revenu statistique dans des activités simples et répétitives selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 21/03 du 25 août 2003 consid. 4.2.1 et 4.2.2). Dans le cadre de l'évaluation de l'invalidité sur la base de l'art. 28 al. 4 OLAA, il est également possible de se référer pour le revenu avec invalidité au salaire tiré de DPT (à titre d'exemple arrêt du Tribunal fédéral 8C_250/2009 du 1^{er} juillet 2009 consid. 3.2.2 et 3.3). Ainsi, si en matière d'assurance-invalidité, l'octroi d'une rente peut s'imposer en raison du fait que l'âge avancé de l'assuré rend illusoire une réinsertion professionnelle, l'art. 28 al. 4 OLAA s'oppose précisément à l'allocation d'une rente pour ce motif dans l'assurance-accidents (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_846/2008 du 9 février 2009 consid. 2.4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 332/05 du 17 mars 2006 consid. 2.2.2). Cette disposition réglementaire a ainsi pour effet que l'assurance-accidents est fondée à s'écarter de l'appréciation de l'invalidité de l'assurance-invalidité lorsqu'il s'agit d'assurés ayant atteint un âge avancé – comme c'est le cas du recourant. Ainsi, compte tenu du fait que l'OAI et l'assureur-accidents ne doivent pas tenir compte des mêmes paramètres lors de l'évaluation de l'invalidité, l'apport du dossier de l'OAI s'avère inutile, par appréciation anticipée des preuves. Il n'est en outre pas inutile de souligner que les modalités de fixation de l'invalidité par l'intimée sont conformes à l'art. 28 al. 4 OLAA, dont s'est précisément prévalu le recourant. En effet, l'intimée a tenu compte du revenu qu'il pourrait réaliser dans une activité adaptée, faisant ainsi précisément abstraction des répercussions de son âge sur la réalisation d'un revenu d'invalidité. Comme cela ressort des arrêts cités plus haut, l'application de cette disposition n'exige pas de déterminer le salaire correspondant à la tranche d'âge de 40 à 45 ans, mais de retenir le revenu qu'un assuré d'âge moyen présentant les mêmes atteintes peut espérer réaliser en mettant en valeur sa capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée sur un marché équilibré du travail, lorsque l'âge ne rend pas la perspective d'une réinsertion irréaliste. Eu égard à ce qui précède, c'est à juste titre que l'intimée a considéré que le recourant peut mettre en valeur sa capacité de travail dans

une activité adaptée, à temps plein et sans diminution de rendement et ce, malgré son âge.

13. Reste à examiner le calcul d'invalidité auquel a procédé l'intimée. Le revenu avec invalidité retenu ne prête pas flanc à la critique puisqu'il est tiré d'activités adaptées aux limitations fonctionnelles du recourant, comme on l'a vu. La chambre de céans s'en tiendra ainsi au revenu avec invalidité de CHF 53'759.20 en 2014 tiré des DPT. En ce qui concerne le revenu sans invalidité, dans le questionnaire rempli le 1^{er} mai 2014, l'employeur a fait état d'un salaire de 23.- CHF/h., auxquels s'ajouteraient une indemnité de CHF 1.91 pour le 13^{ème} salaire et une autre d'un montant identique. Au sujet de cette « autre indemnité », la chambre de céans relève que le montant de CHF 1.91 représente 8.33 % du salaire horaire. On doit ainsi admettre qu'il s'agit du salaire afférent aux vacances, un pourcentage de 8.33 % du salaire correspondant à 4 semaines de vacances sur une période d'une année (Rémi WYLER / Boris HEINZER, Droit du travail, 3^{ème} éd. 2014, p. 400). Le salaire horaire total est ainsi de CHF 26.82. A raison de 43 heures par semaine durant 48 semaines par année après déduction des vacances, le salaire sans heures supplémentaires s'élève ainsi à CHF 55'356.50. L'intimée a procédé à un calcul légèrement différent, puisqu'elle n'a pas intégré l'indemnité de vacances au salaire horaire, mais qu'elle a multiplié le gain hebdomadaire par 52 semaines plutôt que 48 semaines, ce qui correspond à 4 semaines de vacances payées par an. On s'en tiendra à son calcul, puisqu'il est légèrement favorable au recourant. Sans invalidité, le revenu de base du recourant se serait ainsi élevé à CHF 55'711.95 par année. Quant aux heures supplémentaires régulièrement réalisées par le recourant, la chambre de céans rappelle que selon l'art. 321 c al. 3 du Code des obligations (CO - RS 220), l'employeur est tenu de rétribuer les heures de travail supplémentaires qui ne sont pas compensées par un congé en versant le salaire normal majoré d'un quart au moins, sauf clause contraire d'un accord écrit, d'un contrat-type de travail ou d'une convention collective. Le salaire normal doit comprendre tous les éléments composant la rémunération obligatoirement due par l'employeur, y compris le 13^{ème} salaire et les diverses indemnités prévues contractuellement en relation avec le travail (arrêt du Tribunal fédéral 4C.414/2005 du 29 mars 2006 consid. 5.2). Quant au salaire afférent aux vacances, il doit être calculé sur la base du salaire mensuel complet, comprenant notamment les indemnités versées à titre d'heures supplémentaires, pour autant qu'elles aient un caractère régulier (ATF 132 III 172 consid. 3.1). Eu égard à ces principes, la rémunération des heures supplémentaires doit englober les suppléments pour le 13^{ème} salaire et pour les vacances, comme le souligne à juste titre le recourant. Les 40 heures que le recourant aurait accomplies en 2014 représentent ainsi un montant de CHF 1'341.- (soit le salaire horaire de CHF 26.82, vacances et 13^{ème} salaire inclus, majoré de 25 % pour atteindre CHF 33.50, multiplié par 40). Le revenu sans invalidité aurait ainsi atteint CHF 57'052.95 en 2014. Il n'y a pas lieu d'indexer ce revenu, puisque le salaire horaire déclaré par l'employeur est celui applicable en 2014, année pour laquelle doit être calculé le droit à la rente. Le degré d'invalidité résultant de la comparaison des revenus, soit 5.77 %, est inférieur au seuil de 10% ouvrant le droit à une rente conformément à l'art. 18 al. 1 LAA. La décision de l'intimée doit ainsi être confirmée en tant qu'elle nie le droit du recourant à une rente.

14. Eu égard à ce qui précède, le recours doit être rejeté. Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPG). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPG). 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.