

GE_GERICHTE A/3480/2015 vom 12. Oktober 2016

GE Cour de justice, 2016-10-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3480_2015

FR: GE_GERICHTE A/3480/2015 du 12 octobre 2016

IT: GE_GERICHTE A/3480/2015 del 12 ottobre 2016

Erwägungen

E. 4

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Mélanie MATHYS DONZÉ recourant contre SUVA, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Didier ELSIG intimée EN FAIT 1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1957, a travaillé dès le 15 octobre 2012 en tant que maçon auprès de l'entreprise B_____ (ci-après : l'employeur) à 100% pour un salaire de CHF 30.- de l'heure, à raison de 40 heures par semaine. À ce titre, il est couvert contre les accidents professionnels et non professionnels par la caisse nationale suisse d'assurances en cas d'accidents (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt; ci-après : la SUVA ou l'intimée).! [endif]>! [if> 2. Selon la déclaration de sinistre du 23 octobre 2012, l'assuré a chuté du premier étage d'une villa à Vézenaz, le 22 octobre 2012, d'une hauteur d'environ quatre mètres. Il a souffert d'une fracture de l'épaule gauche et a été hospitalisé aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG).! [endif]>! [if> 3. Dans un rapport du 8 janvier 2014, le docteur C_____, chef de clinique à l'unité de médecine physique et réadaptation orthopédique des HUG, a diagnostiqué des fractures C2 et C3, des fracture D1 avec tassement médial ainsi que D12 et L1 stables, une fracture de la clavicule gauche actuellement consolidée, une entorse bénigne de la cheville droite le 26 juin 2013, un infarctus du myocarde STEMI le 11 septembre 2013 sur maladie tritonculaire (atteinte des trois axes coronaires), un SLAP (superior labrum from anterior to posterior ou lésion antéro-supérieure du labrum) type II de l'épaule gauche et une tendinopathie discrète sous-scapulaire gauche. Il y avait peu d'évolution. L'état actuel (subjectif et objectif) consistait en arthralgies multiples et raideur des chaînes. Le pronostic était moyen. Il préconisait un séjour de trois semaines à la clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR) pour bilan de compétences et prise en charge multidisciplinaire. Le traitement prévu était de longue durée. Aucune reprise du travail n'était envisagée.! [endif]>! [if> 4. Dans un rapport du 19 février 2014 consécutif au séjour de l'assuré dans les ateliers de la CRR du 19 au 24 février 2014, le docteur D_____, chef du service de réadaptation professionnelle de la CRR, a indiqué que la capacité de travail dans une activité adaptée ne semblait pas être altérée. Les limitations fonctionnelles liées au handicap consistaient en travaux de force, travaux en hauteur, au-dessus du plan des épaules et en un déconditionnement général. Selon le bilan des acquis, les aptitudes pratiques étaient exclusivement en lien avec le domaine de la construction (maçonnerie, carrelage, crépissage, plâtrerie et peinture). Les aspects pénalisant l'intégration socio-professionnelle non liés au handicap résidaient dans l'âge de l'assuré, l'absence de formation, l'absence de possession du permis de conduire, l'analphabétisme et l'absence de notion informatique. Sans accompagnement dans la recherche d'un nouvel emploi adapté, le potentiel d'une réintégration rapide sur le marché de l'emploi apparaissait comme peu importante.! [endif]>! [if> 5. Dans un rapport du 4

mars 2014 consécutif au séjour de l'assuré dans le service de réadaptation de l'appareil locomoteur de la CRR du 4 au 26 février 2014, le docteur E_____, spécialiste en médecine physique et réhabilitation ainsi que rhumatologue FMH, a diagnostiqué, d'une part en lien avec la chute du premier étage survenue le 22 octobre 2012, une fracture C2 traitée conservativement avec minerve, des fractures stables des corps D12 et L1 traitées conservativement, une fracture de la clavicule gauche traitée conservativement, une fracture de la troisième côte gauche et de la première côte droite, un fragment osseux millimétrique intra-canalair provenant de C3, une fracture de la prothèse dentaire supérieure et une luxation totale de l'implant en position 23, d'autre part, une discrète tendinopathie du sous-scapulaire avec minime bursite sous-acromiale du côté droit et une arthrose cervicale. Il a rappelé que l'évolution des fractures avait été subjectivement stagnante, mais radiologiquement favorable. Par la suite, étaient apparues des douleurs des épaules, des douleurs lombaires irradiant dans la cuisse gauche et des douleurs de la cheville droite suite à une entorse. Les signes et symptômes de non-organicité de Waddell étaient de trois sur cinq. À l'entrée, les plaintes et limitations fonctionnelles consistaient en cervicalgies, surtout lors de la rotation gauche, avec des irradiations dans les épaules et des sensations de vertiges en extension cervicale. Il y avait également des douleurs dans les épaules de 0/10 à 4/10 avec une raideur importante, des lombalgies irradiant dans la cuisse gauche (sans déficit) et des douleurs de la cheville droite consécutives à une chute survenue postérieurement à l'accident du 22 octobre 2012. Les plaintes et les limitations fonctionnelles ne s'expliquaient que partiellement par les lésions objectives constatées pendant le séjour. Il n'y avait pas eu d'évolution significative subjective ou objective. La situation était stabilisée du point de vue médical. On pouvait concevoir que l'atteinte traumatique cervicale et dorsolombaire ainsi que la discrète modification biomécanique secondaire au raccourcissement de la clavicule gauche laissaient quelques douleurs et limitations fonctionnelles. Ces dernières consistaient en absence de port de charges autres que légères au-dessus du niveau de l'épaule avec le membre supérieur gauche, en port de charges maximales de 10 kilos ainsi qu'en alternance des positions assises et debout. En outre, l'assuré devait éviter le maintien prolongé du tronc en porte-à-faux (à genoux, debout ou assis), les flexions/torsions répétées du tronc et l'exposition prolongée du corps entier aux vibrations. Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles était défavorable. L'incapacité de travail était de 100% dans l'activité de maçon, de façon définitive. Selon le consilium de l'appareil locomoteur du docteur F_____, rhumatologue FMH dans le même service, daté du 13 février 2014, la fracture de la clavicule gauche était parfaitement consolidée. Elle entraînait simplement une petite modification biomécanique de la ceinture scapulaire mais sans douleur localisée au niveau de la fracture. L'assuré se plaignait de douleurs des épaules de caractère mécanique survenant surtout dans les mouvements de rotation interne et au-dessus de 90° de flexion-abduction. Les données de l'examen clinique étaient rassurantes chez cet assuré qui avait un comportement douloureux augmentant au fur et à mesure de l'examen et qui s'autolimitait passablement. On ne notait aucune atrophie. Tous les tests de la coiffe étaient déclarés douloureux mais étaient bien tenus. Les tests de conflits étaient aussi déclarés douloureux mais il n'y avait aucune dyskinésie de l'omoplate. S'agissant de l'arthro-IRM de l'épaule gauche, le bilan radiologique à disposition était tout à fait rassurant. Il a proposé du côté droit de procéder à une échographie pour vérifier tant l'état de la coiffe que l'absence d'une bursite sous-acromiale. À son avis, il n'y avait pas de limitation particulière à retenir en raison des douleurs de l'épaule, sauf si on trouvait du côté

droit des anomalies notables.![endif]>![if> Le rapport après ultrason de l'épaule droite effectué le 20 février 2014 a révélé un signe de tendinopathie du sous-scapulaire et une minime bursite sous-acromiale sans lésion du tendon supra-épineux. Il n'y avait pas de signe d'arthropathie acromio-claviculaire. Selon le consilium du professeur G _____, radiologue FMH à l'institut de radiologie de la clinique Bois-Cerf, daté du 6 mars 2014, l'arthro-IRM des 17 et 18 décembre 2013 ne mettait pas en évidence une lésion de type SLAP. Ce qui avait été interprété comme une lésion de type SLAP n'était qu'un récessus discrètement irrégulier s'étendant par un foramen sous-labral au niveau antéro-supérieur.

7. Le 4 avril 2014, sur demande de la SUVA, l'employeur a précisé que si l'assuré n'avait pas été victime d'un accident, son gain horaire toutes allocations et gratifications comprises serait en 2013 de CHF 30.15 et en 2014 de CHF 30.27 pour 40 heures hebdomadaires.![endif]>![if> 8. Le 11 juin 2014, l'assuré a été examiné par le docteur H _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA, afin de procéder à un bilan final. Dans son rapport du 19 juin 2014, ce médecin a indiqué que l'assuré se plaignait de cervicalgies et de douleurs aux épaules gauche et droite avec des lombalgies et des douleurs au niveau des anciens foyers de fractures des côtes. En raison des douleurs cardiaques et de la fatigue survenant à la cuisse gauche, son périmètre de marche était limité à un kilomètre. Lors de l'examen clinique, la palpation du rachis cervical était globalement douloureuse tant au niveau des muscles paravertébraux que des épineuses. S'agissant du rachis lombaire, l'assuré ne souffrait pas de douleurs en regard des vertèbres fracturées. En revanche, la palpation des épineuses des dernières vertèbres lombaires était douloureuse. La palpation des dernières côtes à droite comme à gauche était également douloureuse. La mobilité des épaules était en abduction de 90/100° des deux côtés, en antépulsion de 110/120° à droite et de 100/120° à gauche, en rétropulsion de 30° des deux côtés. Les tests de la coiffe et de conflit étaient négatifs. Sur le plan radiologique, la fracture du rachis cervical était bien consolidée sur le CT-scan du 1 er mars 2013 de même que la fracture de la clavicule sur le scanner de contrôle du 26 janvier 2013.

L'atteinte traumatique cervicale et dorso-lombaire ainsi que la discrète modification de la clavicule gauche liée à un raccourcissement généraient quelques douleurs et des limitations fonctionnelles. Dans une activité accomplie à sa guise, en position assise et debout, sans port de charges maximales de 10 kilos, sans soulever de charge au-delà du plan de l'épaule gauche et en évitant des mouvements répétés de flexion/extension de la nuque, on pouvait s'attendre de la part de l'assuré à une activité réalisée à la journée entière. La discussion de l'atteinte à l'intégrité était effectuée à part.![endif]>![if> 9. Selon l'estimation de l'atteinte à l'intégrité du 19 juin 2014 établie par le Dr H _____, il persistait une limitation active de l'épaule gauche. Il convenait par analogie de se référer à une périarthrite scapulo-humérale moyenne. D'après la table d'indemnisation n° 1 pour atteinte à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres supérieurs, le taux de l'atteinte à l'intégrité était de 10%. Compte tenu de la bonne consolidation de la fracture du rachis cervical et de l'absence de séquelles, il n'y avait pas d'indication à la reconnaissance d'une atteinte à l'intégrité à ce niveau.![endif]>![if> 10. Le 24 juin 2014, sur demande de la SUVA, l'employeur a indiqué que la déclaration d'accident du 23 décembre 2012 (recte : 23 octobre 2012) ne mentionnant pas de treizième salaire était exacte.![endif]>![if> 11. Par courrier du 8 juillet 2014, la SUVA a informé l'assuré que, selon son service médical, il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement une amélioration notable des suites de l'accident. Par conséquent, elle mettait un terme au paiement des soins médicaux, hormis deux consultations annuelles de suivi avec une séance de physiothérapie si

nécessaire pour l'épaule gauche et la nuque. Des mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité étaient prévues dans son cas. Un stage d'orientation allait débiter le 11 août 2014 et pendant cette évaluation, il aurait droit à l'indemnité journalière de l'AI, de sorte qu'elle versait les indemnités journalières sur la base d'une incapacité de travail de 100% jusqu'au 10 août 2014. Une fois les mesures de réadaptation terminées, elle allait examiner son droit à une rente d'invalidité. Il avait droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité d'un montant de CHF 12'600.- qui lui serait versée à la fin des mesures de l'assurance-invalidité. 12. Par décision du 29 juillet 2014, la SUVA a alloué à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10% sur la base d'un gain annuel de CHF 126'000.-, soit un montant de CHF 12'600.-. Sur le plan de l'exigibilité, dans une activité respectant les limitations fonctionnelles, on pouvait s'attendre à ce qu'elle fût réalisée à la journée entière. Elle acceptait deux consultations annuelles de suivi avec une série de séances de physiothérapie si nécessaire pour l'épaule gauche et la nuque. 13. À la suite de l'opposition de l'assuré qui considérait l'indemnité pour atteinte à l'intégrité comme insuffisante et contestait l'existence d'une capacité de travail résiduelle, par décision du 3 septembre 2014, la SUVA a rejeté l'opposition en reprenant les arguments développés dans sa décision initiale. 14. Selon l'entretien du 1^{er} octobre 2014 dans les locaux de l'ORIF faisant le point de la situation à mi-parcours de la mesure d'orientation professionnelle ayant débuté le 11 août 2014 et se terminant le 2 novembre 2014, l'assuré avait un délai jusqu'à cette dernière date pour définir un projet professionnel, faute de quoi l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI) allait procéder au calcul de la rente. Deux pistes principales étaient proposées, à savoir un stage de cordonnier et un stage dans le domaine du conditionnement léger auprès d'une chocolaterie. 15. Par communication du 13 novembre 2014, l'OAI a pris en charge un stage pratique d'aide-cordonnier du 11 novembre 2014 au 1^{er} février 2015. Lors de l'entretien du 29 janvier 2015 entre le case manager de la SUVA, l'assuré et le responsable du stage, il a été décidé de mettre fin au stage, les douleurs récurrentes de l'assuré n'étant plus en adéquation avec le poste. Il a été demandé à ce dernier de s'annoncer auprès de l'assurance-chômage dans l'attente de l'évaluation de la rente. 16. Le 9 mars 2015, sur demande de la SUVA, l'employeur a précisé que si l'assuré n'avait pas été victime d'un accident, son gain horaire serait en 2015 de CHF 30.27, plus un treizième salaire, tout comme en 2014. 17. Lors de l'entretien avec le case manager de la SUVA du 10 juin 2015, l'assuré lui a remis une fiche d'engagement à l'entête de la caisse de l'industrie de la construction, caisses de compensation bâtiment-travaux publics, gypserie-peinture, étanchéité-toitures, carrelage, signée par son employeur le 15 octobre 2012. Elle mentionnait un taux d'activité de 100% dès cette date et valait soumission à la convention collective de travail de la profession. 18. À la suite du recours formé contre la décision du 3 septembre 2014, par arrêt du 17 juin 2015 (ATAS/440/2015), la chambre de céans a admis partiellement le recours et a renvoyé la cause à la SUVA afin qu'elle mette en œuvre une expertise externe auprès d'un orthopédiste pour déterminer si les fractures vertébrales justifiaient l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité et quel était le degré global de cette dernière compte tenu des atteintes multiples. S'agissant de la capacité résiduelle de travail retenue par le Dr H_____ dans son rapport du 19 juin 2014, elle a considéré que le rapport du médecin d'arrondissement n'était pas lacunaire, que ses conclusions étaient motivées par le dossier radiologique révélant une consolidation des fractures du rachis cervical et de la clavicule gauche, par les mesures de mobilité de l'épaule gauche très

semblables à celles de l'épaule droite ainsi que par les tests négatifs tant de la coiffe que d'un éventuel conflit. Par ailleurs, aucun rapport médical ne contredisait son évaluation qui ne comportait pas de contradictions, de sorte que son rapport d'examen final du 19 juin 2014 remplissait tous les critères permettant de lui reconnaître une valeur probante. S'agissant de l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité, elle a considéré, d'une part, qu'il existait des contradictions entre les limitations fonctionnelles retenues par le Dr H_____ dans son examen final et son appréciation niant une atteinte à l'intégrité de la colonne cervicale et, d'autre part, qu'elle était lacunaire dès lors que le médecin d'arrondissement n'avait pas examiné si les fractures vertébrales D1, D12 et L1 entraînaient une atteinte à l'intégrité, respectivement n'avait pas procédé à une évaluation globale tenant compte des atteintes multiples.!

19. Dans le résumé des documents déterminants pour la fixation de la rente daté du 3 août 2015, la SUVA a indiqué que le gain annuel était calculé sur la base du salaire que l'assuré avait reçu d'un ou plusieurs employeurs durant l'année ayant précédé l'accident. Les rapports de travail ayant duré moins d'une année, le salaire reçu au cours de cette période était converti en gain annuel. Selon le médecin d'arrondissement, une capacité de travail entière était exigible dans une activité adaptée. Au vu des cinq descriptions de poste de travail adapté (DPT), l'assuré pourrait réaliser un salaire annuel de CHF 56'910.- qui devait être comparé au gain réalisable sans l'accident de CHF 69'925.- (CHF 30.27 x 177.70 x 12 mois + 8,33%). Il en résultait une perte de 18,61%. Elle a retenu cinq DPT, quatre dans le canton de Vaud et une à Genève répondant aux exigences des limitations fonctionnelles, à savoir les nos 7464, 5787, 10054392, 593845 et 597315, le salaire moyen s'élevant à CHF 56'910.40.!

20. Par décision du 3 août 2015, la SUVA a alloué à l'assuré une rente d'invalidité de 19% dès le 1^{er} avril 2015 sur la base du 80% du gain assuré de CHF 69'301.-, soit une rente mensuelle de CHF 877.80. Elle a considéré qu'il était à même d'exercer une activité légère dans différents secteurs de l'industrie à la condition de ne pas mettre à contribution son bras gauche au-dessus du plan des épaules et de pouvoir travailler en position alternée assise/debout. Une telle activité était exigible toute la journée et lui permettrait de réaliser un salaire annuel de CHF 56'910. Comparé au gain de CHF 69'925.- réalisable sans l'accident, il en résultait une perte de 18.61%.!

21. Le 28 août 2015, l'assuré a formé opposition à ladite décision. Il a reproché à la SUVA d'avoir statué sur la base d'une évaluation médicale qualifiée de contradictoire et lacunaire par la chambre de céans, sans attendre les conclusions de l'instruction complémentaire.!

22. Par décision du 8 septembre 2015, la SUVA a rejeté l'opposition. Elle a rappelé que dans son arrêt du 17 juin 2015, la chambre de céans n'avait qualifié l'évaluation du Dr H_____ comme contradictoire et lacunaire uniquement quant à la fixation du degré de l'atteinte à l'intégrité, tout en précisant s'agissant de la capacité résiduelle de travail de l'assuré, que le rapport d'examen final du 19 juin 2014 remplissait tous les critères permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. Par conséquent, l'intimée avait fixé à bon droit le degré d'invalidité sans attendre les conclusions de l'instruction complémentaire. Le gain d'invalidité ne prêtait pas à discussion dès lors que les DPT choisies étaient adaptées au handicap de l'assuré et avaient été versées au dossier.!

23. Par projet du 14 septembre 2015, l'OAI a accordé à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1^{er} octobre 2013 au 30 avril 2014. Selon le service médical régional de l'assurance-invalidité, l'assuré n'était plus en mesure d'exercer l'activité habituelle depuis le mois d'octobre 2012 et une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles était exigible à 100% dès le mois de février 2014. Il a comparé le revenu sans invalidité de CHF 68'932.- avec le revenu

d'invalidité de CHF 52'844.- établi selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) 2010 (TA1, activité de niveau 4 réalisée par un homme) et indexé pour l'année de référence après abattement de 15% pour tenir compte des limitations fonctionnelles et de l'âge. Il en résultait un taux d'invalidité de 23%. S'agissant des mesures professionnelles, à l'issue de la mesure d'orientation à l'ORIF prolongée par un stage pratique en entreprise, d'autres mesures n'étaient pas indiquées car elles ne permettaient pas de réduire le dommage.![endif]>![if> 24. Par acte du 5 octobre 2015, l'assuré a recouru contre la décision de la SUVA du 8 septembre 2015. Il a conclu, sous suite de frais et dépens, préalablement à l'octroi d'un délai supplémentaire pour compléter son recours et fournir des pièces complémentaires. Principalement, il a conclu à l'annulation des décisions du 3 août 2015 et du 8 septembre 2015 dans l'attente d'une instruction médicale complémentaire de la SUVA ainsi qu'à l'octroi d'une rente d'invalidité entière.![endif]>![if> 25. Par courrier du 10 novembre 2015, le recourant a observé qu'il n'était pas en possession des DPT et que selon la décision du 9 septembre 2015, elles avaient été versées au dossier. Par conséquent, il a demandé à la chambre de céans de pouvoir consulter le dossier de l'intimée.![endif]>![if> 26. Dans son complément de recours du 12 novembre 2015, l'assuré a conclu, sous suite de frais et dépens, à l'annulation des décisions du 3 août 2015 et du 8 septembre 2015, au renvoi du dossier à l'intimée pour instruction complémentaire notamment au moyen d'une expertise externe auprès d'un orthopédiste ainsi qu'à l'octroi d'une rente d'invalidité entière. Il a repris strictement la même argumentation que dans son précédent recours contre la décision du 3 septembre 2014. En outre, il a fait grief à l'intimée d'avoir admis, sans avoir mis en œuvre l'expertise requise par la chambre de céans, qu'il était en mesure d'exercer une activité adaptée exigible toute la journée, à condition de ne pas mettre à contribution son bras gauche au-dessus du plan des épaules et de pouvoir travailler en position alternative assise/debout. S'agissant de l'atteinte à l'intégrité, il a considéré qu'en plus des 10% admis pour la limitation de l'épaule gauche, il convenait d'ajouter le pourcentage de l'atteinte à l'intégrité relative aux troubles fonctionnels des autres membres à déterminer par expertise externe indépendante. S'agissant de sa capacité résiduelle de travail, il a allégué que sa situation médicale s'était fortement péjorée entre le rapport du Dr H_____ du 19 juin 2014 et l'arrêt de la chambre de céans du 17 juin 2015, de sorte qu'avant de rendre sa décision du 8 août 2015, l'intimée aurait dû procéder à de nouvelles investigations ou à tout le moins attendre le rapport d'expertise requis par la chambre de céans. S'agissant du calcul du degré d'invalidité, il a soutenu que les métiers envisagés dans les DPT sélectionnées par l'intimée ne respectaient pas les limitations fonctionnelles retenues par celle-ci qui n'expliquait pas dans sa décision comment elle avait fixé le revenu sans invalidité à CHF 69'925.-. En effet, depuis le 15 octobre 2012, il percevait un salaire horaire brut de CHF 30.20 à raison de 45 heures par semaine, respectivement un salaire mensuel brut de CHF 5'436.- et un salaire annuel brut de CHF 70'668.-, treizième salaire compris. En comparant ces chiffres avec un revenu exigible de CHF 34'750.- correspondant au salaire annuel moyen d'un surveillant de magasin, soit un poste adapté à son handicap, le degré d'invalidité était de 49,17% au minimum.![endif]>![if> 27. Dans sa réponse du 29 janvier 2016, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle a rappelé que la décision querellée ne se prononçait que sur la rente d'invalidité et non sur l'indemnité pour atteinte à l'intégrité qui faisait l'objet d'une procédure parallèle. Par conséquent, les griefs à ce sujet ne concernaient en aucun cas l'objet du litige. Elle a relevé que le recourant soulevait les mêmes griefs à l'encontre du rapport du Dr H_____ que dans son écriture du 7 novembre 2014 qui avait pourtant

uniquement pour objet la procédure concernant l'atteinte à l'intégrité. Le recourant méconnaissait que la chambre de céans n'avait pas qualifié l'ensemble du rapport du Dr H_____ de lacunaire, mais uniquement son évaluation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. L'arrêt du 17 juin 2015 ne critiquait pas les limitations fonctionnelles retenues par le médecin d'arrondissement. La prétendue péjoration de son état de santé n'était documentée par aucun avis médical. L'intimée a contesté que les DPT ne respectaient pas les limitations fonctionnelles du recourant. Dans son calcul du degré d'invalidité, pour établir le revenu sans invalidité, elle avait pris en compte la CCT du second œuvre et un treizième salaire même si le 24 juin 2014, l'employeur avait précisé qu'aucun treizième salaire n'avait été convenu selon le contrat. Bien que l'OAI ait retenu un degré d'invalidité de 23%, cette évaluation ne liait pas l'intimée, car cette différence semblait résulter de la prise en compte par l'assurance-invalidité de l'ensemble des problèmes de santé du recourant.![endif]>![if> 28. Dans sa réplique du 18 février 2016, le recourant a observé que la décision litigieuse confirmait la décision du 3 août 2015 qui avait été rendue par l'intimée alors qu'elle avait reçu pour instructions de la part de la chambre de céans de mettre en œuvre une expertise externe. Sa capacité de travail résiduelle avait été mal évaluée par le Dr H_____ puisque son rapport du 19 juin 2014 présentait plusieurs lacunes. Les explications de l'intimée concernant la comptabilité des DPT avec ses limitations fonctionnelles étaient incomplètes dès lors qu'elles laissaient de côté les caractéristiques des DPT alors que ces dernières ne respectaient pas lesdites limitations. Le recourant a persisté dans ses conclusions précédentes.![endif]>![if> 29. Dans sa duplique du 27 avril 2016, l'intimée a rappelé que la procédure litigieuse ne concernait que la détermination de la rente d'invalidité et non pas l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. S'agissant des DPT, les activités qu'elle avait retenues étaient parfaitement compatibles avec les limitations fonctionnelles du recourant. Le salaire d'invalidité était évalué de façon plus concrète sur la base des DPT que sur celle des salaires statistiques de l'ESS. Par conséquent, le degré d'invalidité qu'elle avait calculé était plus précis que celui retenu par l'OAI. L'intimée a persisté intégralement dans ses conclusions précédentes.![endif]>![if> 30. Le 28 avril 2016, la chambre de céans a transmis cette écriture au recourant et, sur quoi, a gardé la cause à juger.![endif]>![if> 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 dès 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).![endif]>![if> Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.![endif]>![if> Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). 3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA et art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA-GE - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA et 89B LPA.![endif]>![if> 4. L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente 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 attaquée. 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 (ATF 131 V 164 consid. 2.1; ATF 125 V 413 consid. 1b et 2 et les références citées).

La procédure juridictionnelle administrative peut être étendue, pour des motifs d'économie de procédure, à une question en état d'être jugée qui excède l'objet du litige, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun, et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins (ATF 130 V 503 ; ATF 122 V 36 consid. 2a et les références). Le rapport juridique externe à l'objet de la contestation ne doit pas avoir fait l'objet d'une décision passée en force de chose jugée et les droits procéduraux des parties doivent être respectés (arrêt du Tribunal fédéral 9C_678/2011 du 4 janvier 2012 consid. 3.1). En l'espèce, dans ses décisions – qui déterminent l'objet de la contestation –, l'intimée a procédé au calcul de la rente d'invalidité allouée au recourant dès le 1^{er} avril 2015. Même si la décision sur opposition du 3 septembre 2014 avait également pour objet l'exigibilité dans une activité respectant les limitations fonctionnelles et que dans son arrêt du 17 juin 2015, la chambre de céans a confirmé que la capacité de travail du recourant était exigible à 100% dans une activité adaptée, cette question n'est pas entrée en force de chose jugée. En effet, la capacité de travail résiduelle en tant que telle ne constitue que l'un des facteurs de l'évaluation de l'invalidité (cf. art. 6 à 8 et 16 LPGA) et l'un des aspects du rapport juridique litigieux qui font partie de la motivation de la décision (ATF 136 V 362 consid. 3.4.3). Par conséquent, en tant qu'élément de la motivation de la décision, la capacité (ou l'incapacité) de travail ne peut en principe être considérée comme décidée et entrée en force de chose jugée – n'étant alors plus susceptible d'être soumise à l'examen du juge – que lorsqu'il a été statué de manière définitive (par une décision entrée en force de chose jugée) sur le rapport juridique litigieux (le droit à la rente d'invalidité) dans son ensemble (cf. ATF 125 V 413 consid. 2b; arrêts du Tribunal fédéral 9C_488/2008 consid. 4, in SVR 2009 IV n° 7 p. 13 et 9C_99/2012 du 24 septembre 2012 consid. 3.1). Tel n'est pas le cas en l'occurrence, puisque la question du droit à la rente d'invalidité fait précisément l'objet de la présente procédure. En revanche, les griefs du recourant concernant l'atteinte à l'intégrité excèdent l'objet du litige dès lors que la décision litigieuse ne traite pas cette question. Même si l'indemnité pour atteinte à l'intégrité n'a pas fait l'objet d'une décision définitive - l'arrêt du 17 juin 2015 ayant renvoyé la cause à l'intimée pour instruction complémentaire -, il n'existe aucune raison d'étendre la présente procédure judiciaire à cette question dès lors que le recourant n'invoque pas un motif de reconsidération ou de révision dudit arrêt. Par conséquent, est seul litigieux le degré d'invalidité du recourant, plus particulièrement sa capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée, son revenu sans invalidité et son revenu d'invalidité. 5.

Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

En vertu de l'art. 18 al. 1 LAA, l'assuré invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite d'un accident a droit à une rente d'invalidité. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 18 al. 1 LAA). Est réputée incapacité de gain

toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale 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). Selon l'art. 15 LAA, les indemnités journalières et les rentes sont calculées d'après le gain assuré (al. 1); est déterminant pour le calcul des rentes le salaire que l'assuré a gagné durant l'année qui a précédé l'accident (al. 2, deuxième phrase). Sous réserve de diverses dérogations qui ne concernent pas le présent cas, est réputé gain assuré le salaire déterminant au sens de la législation sur l'assurance-vieillesse et survivants (art. 22 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 [OLAA - RS 832.202]). La rente d'invalidité s'élève à 80% du gain assuré (art. 20 al. 1 LAA). Le législateur a chargé le Conseil fédéral d'édicter des prescriptions sur le gain assuré pris en considération dans des cas spéciaux, soit notamment lorsque l'assuré est occupé de manière irrégulière (art. 15 al. 3 let. d LAA). Faisant usage de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a prévu à l'art. 22 al. 4 OLAA que les rentes sont calculées sur la base du salaire que l'assuré a reçu d'un ou plusieurs employeurs durant l'année qui a précédé l'accident, y compris les éléments de salaire non encore perçus et auxquels il a droit (1^{ère} phrase); si les rapports de travail ont duré moins d'une année, le salaire reçu au cours de cette période est converti en gain annuel (2^{ème} phrase); en cas d'activité de durée déterminée, la conversion se limite à la durée prévue (3^{ème} phrase).

6. a) La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1).

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 LPGA), 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. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice

concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant 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). 7. 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). 8. Dans un premier grief, le recourant conteste la capacité résiduelle de travail retenue par le Dr H_____ dans son rapport du 19 juin 2014 au motif qu'il ne s'est pas fondé sur des examens et un dossier complets, n'a pas mentionné exhaustivement ses plaintes, n'a pas posé de diagnostics précis et n'a pas motivé ses conclusions par référence aux autres avis médicaux. Il en déduit que son rapport d'examen final ne remplit pas les critères permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante et que sa capacité de travail résiduelle a été mal chiffrée. Il allègue encore que sa situation médicale s'est fortement péjorée depuis ledit rapport et que l'intimée aurait dû attendre la mise en œuvre de l'instruction médicale complémentaire ordonnée par la chambre de céans avant de statuer. Ainsi que la chambre de céans l'a déjà jugé dans son arrêt du 17 juin 2015, le rapport du Dr H_____ repose sur l'examen du recourant, tient compte de ses plaintes ainsi que du dossier médical et contient une motivation tant de la capacité de travail résiduelle que de la stabilisation de son état de santé en se référant aux limitations fonctionnelles retenues dans le rapport du Dr E_____ du 4 mars 2014, respectivement aux résultats des examens et compléments radiologiques entrepris lors du séjour du recourant à la CRR du 4 au 26 février 2014. De plus, aucun rapport médical ne contredit son évaluation qui ne comporte pas de contradiction, de sorte que le rapport du Dr H_____ du 19 juin 2014 remplit les conditions formelles et matérielles permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. Étant donné que le recourant ne produit aucun rapport médical faisant état d'une aggravation de son état de santé en lien avec l'accident du 22 octobre 2012, il ne rend pas plausible l'aggravation alléguée. La chambre de céans rappelle qu'elle a renvoyé le dossier à l'intimée pour procéder à une instruction complémentaire uniquement dans le but d'évaluer l'atteinte à l'intégrité du recourant compte tenu de ses atteintes multiples, notamment des fractures vertébrales consolidées sans séquelles et non pas pour déterminer une nouvelle fois ses limitations fonctionnelles et sa capacité résiduelle de travail. Aussi, ce renvoi n'a aucune incidence sur la valeur probante dudit rapport du Dr H_____ quant à la capacité résiduelle du recourant et ses limitations fonctionnelles. Par conséquent, l'intimée n'avait pas à attendre la mise en œuvre de l'expertise externe auprès d'un orthopédiste pour statuer sur son degré d'invalidité. En définitive, ainsi que le retiennent de façon concordante les médecins de la CRR et le Dr H_____, les limitations fonctionnelles du recourant sont les suivantes : absence de port de charges autres que légères au-dessus du niveau de l'épaule

avec le membre supérieur gauche, port de charges maximales de 10 kilos, favoriser l'alternance des positions assises et debout, éviter le maintien prolongé du tronc en porte-à-faux (à genoux, debout ou assis), les flexions/torsions répétées du tronc et l'exposition prolongée du corps entier aux vibrations. À relever que dans son rapport du 19 juin 2014, le Dr I_____ ne mentionne pas au titre des limitations fonctionnelles la nécessité d'éviter l'exposition prolongée du corps entier aux vibrations. Toutefois, cette différence par rapport aux limitations fonctionnelles retenues par le Dr E_____ n'a pas d'incidence puisque les autres limitations mentionnées excluent de toute façon l'exercice d'une activité soumise à une exposition prolongée du corps entier aux vibrations. S'agissant de la capacité résiduelle de travail du recourant dans une activité adaptée respectant lesdites limitations fonctionnelles, tant le Dr D_____ dans son rapport du 19 février 2014 que le Dr H_____ concluent de façon unanime à une capacité de travail entière, de sorte qu'il y a lieu de procéder au calcul du degré d'invalidité du recourant en fonction d'une telle capacité de travail. 9. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 343 consid. 3.4; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b).!> Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174). Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. C'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence). Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'assuré. Il correspond au revenu effectivement réalisé par l'intéressé pour autant que les rapports de travail apparaissent particulièrement stables, qu'en exerçant l'activité en question celui-ci mette pleinement en valeur sa capacité résiduelle de travail raisonnablement exigible et encore que le gain ainsi obtenu corresponde à son rendement effectif, sans comporter d'éléments de salaire social. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible -, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS ou sur les données salariales résultant des DPT établies par la CNA (ATF 135 V 297 consid. 5.2; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1). 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 de salaire, eu égard au

système même des DPT, n'est ni justifié ni admissible (ATF 129 V 472). Les éventuelles objections de l'assuré sur le choix et sur la représentativité des DPT dans un cas concret doivent être soulevées, en principe, durant la procédure d'opposition (ATF 129 V 472 consid. 4.2.2). 10. S'agissant du revenu sans invalidité, l'intimée l'a fixé à CHF 69'925.-. Elle a pris en compte un gain horaire en 2015 de CHF 30.27, un nombre d'heures de travail mensuel de 177h70 à raison de 12 mois et 8,33% à titre de treizième salaire. Le recourant conteste le calcul de son revenu sans invalidité. Il allègue que depuis le 15 octobre 2012, il a perçu un salaire horaire brut de CHF 30.20 et a travaillé 45 heures par semaine, ce qui représente un revenu annuel brut de CHF 70'668.-, treizième salaire compris. La prise en compte d'un treizième salaire n'est pas contestée par les parties. En revanche, elles s'opposent quant au montant du salaire horaire et à la durée hebdomadaire de travail. La déclaration de sinistre par l'employeur, le 23 octobre 2012, mentionne un salaire horaire de CHF 30.- et un horaire de travail hebdomadaire de 40 heures. Le 9 mars 2015, l'employeur a indiqué un salaire horaire de CHF 30.27 en 2015. La fiche d'engagement du 15 octobre 2012 fait état d'un salaire horaire de base de CHF 30.- et d'une soumission des conditions de travail à la CTT de la profession, soit en l'occurrence celle du second œuvre romand (CTT-SOR 2011; <https://www.ge.ch/cct/EnVigueur/dati/cct/doc/85046.htm>). Selon l'art. 17 al. 2 CTT-SOR 2011, le salaire « mensuel-constant » est payé sur la base du salaire horaire multiplié par 177,7 heures par mois. Par ce mode de calcul, les droits aux vacances et aux jours fériés sont directement compris dans le salaire « mensuel-constant ». S'y ajoute le 13 e salaire. Par conséquent, en prenant en considération un salaire horaire de CHF 30.27 conformément aux indications de l'employeur multiplié par 177,7 heures par mois, soit CHF 64'547.75 (30.27 x 177,7 x 12), plus un treizième salaire (8.33%), soit CHF 69'924.70 (64'547.75 x 8.33), l'intimée a correctement calculé le revenu sans invalidité. La durée hebdomadaire de travail de 45 heures alléguée par le recourant n'est pas établie au degré de la vraisemblance prépondérante. En effet, ce dernier ne produit aucun document infirmant la durée de travail hebdomadaire de 40 heures mentionnée tant dans la déclaration de sinistre du 23 octobre 2012 que dans l'attestation de salaire horaire de l'employeur du 4 avril 2014. 11. S'agissant du revenu d'invalidité, l'intimée l'a évalué sur la base de cinq DPT, quatre dans le canton de Vaud et une à Genève, mentionnant le nombre de postes disponibles ainsi que les salaires minimum, maximum et moyen. Elle en a déduit un salaire moyen de CHF 56'910.40. Le recourant conteste que les cinq DPT sélectionnées satisfassent à ses limitations fonctionnelles. La jurisprudence de l'ATF 129 V 472 consid. 4.2.2, développée en rapport avec la violation du droit d'être entendu (art. 29 Cst.) et de l'égalité des armes (art. 6 par 1 CEDH), a fixé les conditions auxquelles devait être soumise la prise en compte des DPT pour calculer le revenu d'invalidité. Le Tribunal fédéral a précisé que l'assuré devait avoir la possibilité de se déterminer sur les DPT permettant d'établir le revenu dans un cas d'espèce. Pour ce faire, le Tribunal fédéral a mentionné que les critiques de l'assuré à l'encontre des DPT devaient être faites en règle générale dans son opposition à la décision de l'assureur-accidents, de façon à ce que celui-ci puisse se déterminer dans la décision sur opposition. Cette manière de faire impose donc à l'assureur-accidents de donner tous les informations et les détails sur les DPT dans la décision initiale (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_408/2014 du 23 mars 2015 consid. 6.3). Tel n'a pas été le cas en l'espèce, puisque la façon dont le revenu d'invalidité a été fixé a été expliquée pour la première fois dans la décision du 8 septembre 2015 qui n'énumère et ne décrit toutefois pas les DPT ayant servi de base de calcul, mais précise uniquement que les DPT ont été versées

au dossier. Par conséquent, ce n'est qu'après avoir demandé à consulter le dossier le 10 novembre 2015, soit deux jours avant de compléter son recours, que le recourant a eu connaissance des DPT. Or, selon la jurisprudence, lorsque la SUVA n'est pas en mesure de satisfaire aux exigences ci-dessus, elle ne peut pas trancher le litige en se basant sur la comparaison des revenus ressortant des DPT. Elle doit déterminer l'invalidité en fonction des salaires statistiques de l'ESS (ATF 129 V 472 consid. 4.2.2 in fine). Par conséquent, il y a lieu d'établir le revenu d'invalidé du recourant en 2015 selon les ESS. 12. Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne «total secteur privé» (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La valeur statistique - médiane - s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6; ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5). En l'espèce, compte tenu de l'activité de substitution dans un emploi adapté, à savoir principalement un travail léger, favorisant l'alternance des positions, évitant le maintien prolongé du tronc en porte-à-faux, évitant les flexions/torsions répétées du tronc et l'exposition prolongée du corps entier aux vibrations, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (ESS 2014, TA1_tirage_skill_level, niveau de qualification 1). Il s'élève en 2014 à CHF 63'744.- (5'312.- x 12) part au treizième salaire comprise. Une fois indexé à 2015 selon l'évolution des salaires nominaux pour les hommes (+0.3%), il est de CHF 63'935.25 (63'744.- + 191.25). S'agissant de l'abattement, l'OAI l'a évalué à 15% dans son projet de rente du 14 septembre 2015 pour tenir compte des limitations fonctionnelles et de l'âge du recourant. Au vu du large pouvoir d'appréciation de l'administration en la matière et de

l'absence de circonstances justifiant de s'écarter de cette solution, il convient également d'appliquer un abattement de 15% pour établir le revenu d'invalidé du recourant en assurance-accidents. Par conséquent, après abattement de 15%, le revenu d'invalidé ascende à CHF 54'344.95 (63'935.25 X 85%). En définitive, il ressort de la comparaison des revenus un taux d'invalidité de 22% ($69'925.- - 54'344.95.- = 15'580.05 : 69'925.- \times 100$). Le gain assuré de CHF 69'301.- n'étant pas contesté, le recourant a droit à une rente mensuelle d'invalidité de CHF 1'016.40 ($69'301.- \times 22\% = 15'246.20 \times 80\% = 12'196.95 : 12$). 13. En dernier lieu, le recourant relève que l'OAI a retenu un degré d'invalidité de 23%. Cet argument n'a pas d'incidence sur le taux d'invalidité établi par l'intimée. En effet, l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité n'a pas de force contraignante pour l'assureur-accidents (ATF 131 V 362 consid. 2.3). Il s'ensuit que l'intimée pouvait procéder à l'évaluation de l'invalidité du recourant indépendamment de la décision de l'OAI. 14. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision de l'intimée du 8 septembre 2015 annulée au sens des considérants. Le recourant étant représenté par un avocat et obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPG; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPG). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant à la forme :

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