

GE_GERICHTE A/4309/2008 vom 26. November 2009

GE Cour de justice, 2009-11-26, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4309_2008

FR: GE_GERICHTE A/4309/2008 du 26 novembre 2009

IT: GE_GERICHTE A/4309/2008 del 26 novembre 2009

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 26.11.2009
A/4309/2008

A/4309/2008 ATAS/1472/2009 du 26.11.2009 (LAA) , PARTIELMNT ADMIS En fait
En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE
A/4309/2008 ATAS/1472/2009 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES Chambre 8 du 26 novembre 2009 En la cause Monsieur
L_____, domicilié à Genève, comparant avec élection de domicile en l'étude de
Maître MEYER Daniel recourant contre SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE
D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, Fluhmattstrasse 1, 6002 Lucerne intimé EN
FAIT Monsieur L_____ (ci-après : le recourant) a travaillé en tant que
meuleur-polisseur auprès de la société X_____ SA (ci-après : l'employeur) et était à
ce titre assuré contre les accidents auprès le SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE
D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après : l'assureur). Précédemment, le
recourant a appris le métier de boulanger avec son père, après avoir quitté l'école à l'âge de
11 ans. Chez l'employeur, il était apprécié de la hiérarchie et des collègues. Il avait été
nommé plusieurs fois délégué à la commission du personnel et était juge Prud'hommes
(activité qu'il a arrêtée en raison de ses difficultés à rester longtemps assis). Le 30 avril
2004, l'employeur a déclaré à l'assureur que le recourant avait eu un accident. Il avait glissé
sur les escaliers de son domicile durant un jour de vacances, soit le 24 avril 2004 vers 17
heures, et avait subi un tassement de la colonne lombaire. Le recourant était occupé à plein
temps dans l'entreprise, selon un horaire de 40 heures par semaine, réparti sur 5 jours,
moyennant un salaire mensuel de 5'865 fr. 05 et un treizième salaire ou gratification de 488
fr. 75, soit au total 6'353 fr. 80. Selon les conclusions d'un scanner lombaire effectué le 26
avril 2004, les données tomodensitométriques illustraient un canal rachidien rétréci. Il y
avait une forte suspicion de tassement récent au niveau du corps de la deuxième vertèbre
lombaire. Le 29 juin 2004, le Dr A_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique,
diagnostiqua une fracture L2, traitée de manière antalgique et par de la physiothérapie.
L'incapacité de travail était complète, dès l'accident. Le 23 septembre 2004, le Dr
A_____ indiqua que l'évolution était lente. Le recourant avait repris le travail à 50 %
dès le 16 août et à plein temps dès le 30 août 2004, dans un poste différent. Il portait
désormais un corset pour l'exercice de son activité professionnelle, ce qui était douloureux
et pourrait rendre possible que la capacité de travail soit réduite à 50 %. Un IRM lombaire
pratiquée le 11 octobre 2004 a conclu à une légère déviation angulaire à sommet dorsal au
niveau L1-L2, à l'apparition d'une liposclérose post-traumatique sous forme d'une
hyperintensité en T1-T2, à un discret tassement du plateau supérieur de la vertèbre D12, à
une largeur normale du canal lombaire et des trous de conjugaison à tous les niveaux, à une
discopathie étagée plus ou moins importante sans protrusion discale. Le 4 novembre 2004,
le Dr A_____ expliqua au médecin conseil de l'assureur qu'une vertébroplastie

n'était pas indiquée pour l'instant. Il indiquait avoir de la peine à progresser et à envisager une reprise de travail et demandait un séjour en réadaptation à la SUVA de Sion. Dans un avis du 12 janvier 2005, suite à un examen clinique de la veille, le Dr D. B_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de l'assureur, indiquait que, selon le patient, sa capacité de travail de 50% dans un poste allégé allait. Il expliquait que la situation était en voie de stabilisation, que le traitement de physiothérapie était encore souhaitable et que le poste adapté pourrait prochainement être repris à 100%. Le 2 février 2005, le Dr A_____ indiqua que l'évolution était oscillante mais devrait finalement être favorable. Le travail avait été repris à 50% depuis le 6 janvier 2005. L'incapacité a toutefois été à nouveau complète, dès le 7 mars 2005, selon certificat médical de la Dresse C_____. Le contrat de travail du recourant a été résilié pour le 30 juin 2005. L'employeur indiqua à l'assureur qu'en 2005, le gain perdu était le même que celui mentionné dans la déclaration d'accident du 30 avril 2004. Une radiographie lombaire pratiquée le 25 avril 2005 montra un tassement de la vertèbre L2 aux dépens de son plateau supérieur et de son mur antérieur sans signe d'atteinte du mur postérieur, dont l'aspect était inchangé par rapport à un examen du 29 juin 2004. Un IRM pratiqué le même jour permettait de tirer la même conclusion, précisant qu'il existait une infiltration adipeuse de cette vertèbre. L'IRM concluait également à une discopathie L4-L5 et à un discret œdème d'aspect dégénératif au niveau L3-L4. Le 26 juillet 2005, le recourant a subi une vertébroplastie et fut hospitalisé un mois à la suite de cette intervention. Le résumé d'observation du 28 juillet 2005 des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après : HUG) mentionne des suites opératoires simples et afebriles. Dans un rapport intermédiaire non daté, mais reçu par l'assureur le 19 septembre 2005, le Dr A_____ mentionne une amélioration partielle des douleurs après la vertébroplastie. Le 19 octobre 2005, le Dr B_____, à la suite d'un examen clinique a considéré que la situation était stabilisée et qu'il persistait une symptomatologie douloureuse lombaire après une vertébroplastie. Les activités suivantes étaient difficiles ou impossibles : Position du tronc en inclinaison antérieurs soutenue ; Mouvements de flexion/extension répétitifs de la colonne lombaire ; Position assise de longue durée ; Station debout de longue durée ; et port de charges dépassant quelques kilos, surtout de manière répétitive. La profession antérieure n'était plus réalisable, mais dans un travail adapté aux limitations susdécrites, un horaire de travail complet était exigible. Il existait un dommage permanent et d'autres troubles de la santé, non assurés, participaient également à la symptomatologie. L'atteinte à l'intégrité a, par ailleurs, été estimée à 15 %. Le 26 octobre 2005, l'assureur communiqua au recourant qu'il était mis fin au paiement des soins médicaux, car il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement des améliorations notables. L'indemnité journalière serait versée jusqu'au 31 mars 2006, afin de permettre au recourant de trouver, cas échéant avec l'aide de l'AI, un poste de travail adapté. L'assureur se prononcerait alors sur le droit à une rente d'invalidité et notifierai la décision concernant l'atteinte à l'intégrité. Dans le cadre de l'instruction relative à une demande de prestations AI du recourant, un examen psychiatrique a eu lieu au Service médical régional AI pour la Suisse romande (ci-après : SMR), le 15 mars 2007. Selon le rapport signé par le Dr D_____, spécialiste FMH en psychiatrie, aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail n'était retenu sur le plan psychiatrique. Le recourant souffrait toutefois d'une dysthymie à début tardif (F 34.1), sans répercussion sur la capacité de travail. La capacité de travail était ainsi complète sur le plan psychiatrique. Dans un avis du 22 janvier 2008, le Dr E_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, indiquait que l'examen clinique mettait en

évidence des troubles de la posture de la colonne dorsolombaire avec une raideur et une petite scoliose. Les inclinaisons latérales et les rotations étaient limitées, la distance doigts-sol nettement augmentée et la sangle abdominale relâchée. L'examen de la colonne cervicale mettait en évidence une limitation des rotations et des inclinaisons. Un bilan radiologique montrait une scoliose à convexité droite avec une lordose physiologique diminuée de la colonne cervicale, une scoliose à convexité droite et une ostéophytose marginale de la colonne dorsale et une scoliose à convexité gauche et un status après cimentage de L2. Un traitement de physiothérapie complexe avait été prescrit pour modifier la posture. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : pas de port de charges de plus de 10 kg, éviter les stations debout de plus d'une heure et les mouvements répétés de flexion ou d'extension du rachis. Le travail devait se faire en position assise avec permission de changer de position toutes les heures. Une observation professionnelle a également été mise en place par l'OCAI. Selon le rapport de synthèse du 29 février 2008, les capacités physiques du recourant étaient compatibles avec une activité légère évitant les gestes répétitifs et permettant l'alternance des positions. Une formation pratique en entreprise excluant des éléments de théorie était possible. Le rendement pour des travaux à l'établi était de 80% et diminuait à 60% pour les activités de façonnage. Le recourant avait présenté un comportement démonstratif et un discours plaintif faisant douter de sa motivation et de son engagement. Deux stages en entreprise avaient été organisés. Le premier stage comme aide-chauffeur pour de petites livraisons a été interrompu après deux jours, le recourant ne supportant pas ce travail et ayant produit un certificat médical pour travailler à 50%. Le second stage avait eu lieu dans le conditionnement léger et avait également débouché sur un certificat médical à 50%. Le travail était adapté, mais les aptitudes annulées par le discours plaintif. En fin de compte, les orientations suivantes étaient proposées : Ouvrier à l'établi ; Ouvrier de conditionnement léger ; et Petites livraisons. Le rendement exigible était de 80%, améliorable avec un conditionnement à l'effort. Par projet de décision du 9 mai 2008, l'Office cantonal AI (ci-après : OCAI) dit que le recourant avait droit à une rente d'invalidité AI du 1^{er} avril 2005 au 30 novembre 2005. Pour la période subséquente, le taux d'invalidité était fixé à 36%. Dans le cadre du calcul de ce taux, il avait été tenu compte d'un revenu sans invalidité de 76'245 fr. Le revenu avec invalidité avait été fixé selon la statistique de l'ESS 2004 selon la moyenne de tous les domaines de travail dans une activité simple et répétitive, soit 57'805 fr. après indexation. Il convenait toutefois de retrancher 15% selon l'approche pluridisciplinaire, soit un revenu avec invalidité de 49'134 fr. Ce projet de décision fut confirmé par décision du 11 août 2008. Selon une note d'entretien téléphonique du 30 mai 2008 avec l'assuré figurant au dossier de l'assurance, le recourant envisageait de contester la décision de l'OCAI, considérant n'avoir pas une totale capacité de travail. Il souhaitait tout-de-même qu'une décision soit rendue par l'assureur. Par décision du 20 juin 2008, l'assurance reconnu au recourant un degré d'invalidité de 34 %, avec effet au 1^{er} avril 2006 et calcula ses prestations sur cette base. A cet égard, l'assureur considérait que le recourant pouvait effectuer une activité légère dans différents secteurs de l'industrie à condition de pouvoir travailler en position alternée, en évitant les positions du tronc en inclinaison antérieure soutenue et sans mouvement de flexion-extension répétitif de la colonne lombaire, et en évitant le port de charge de quelques kilos de manière répétitive. Il ressort du dossier de l'assureur, quatre fiches descriptives de postes de travail comme gestionnaire de stock de « CD » dans un magasin (DPT n°6092), comme gardien/caissier de parking (DPT n°822), comme monteur-câbleur en usine pour une société fabriquant des appareils photographiques

et cinématographiques (DPT n° 2260), comme tourneur-contrôleur en atelier (DPT n° 4520), ou comme caissier en magasin de station-service (DPT n°2261). Ces activités permettraient au recourant de réaliser, en moyenne, un revenu d'environ 4'200 fr. par mois. Or, le gain sans accident s'élevait à 6'350 fr. La décision portait aussi sur la détermination d'une atteinte pour atteinte à l'intégrité. La diminution d'intégrité était fixée à 15%, correspondant à 16'020 fr. Le recourant s'opposa à cette décision le 22 juillet 2008, considérant que s'il était à même d'effectuer une activité légère respectant des limitations fonctionnelles plus large que celles décrites par l'assurance, il ne le pouvait pas durant huit heures par jour. Il fallait, en outre, tenir compte d'un trouble dépressif influençant sa capacité de travail. Il se justifiait ainsi de lui allouer une rente LAA d'invalidité de 50% au moins. Enfin, l'atteinte à l'intégrité était d'au moins 30 %, l'assureur ayant omis de tenir compte de la scoliose cervicale entraînant des cervicalgies et des céphalées invalidantes, et de la symptomatologie dépressive. Il fallait aussi tenir compte du fait que l'altération du rachis irait en s'aggravant de manière durable et sans rémission possible. La décision du 20 juin 2008 fut confirmée par décision sur opposition du 24 octobre 2008. Le taux d'invalidité de 34% fut confirmé sur la base des avis concordants du Dr B_____ et du SMR, le recourant n'ayant, par ailleurs, pas apporté d'indice concret propre à mettre en doute ces appréciations médicales. Le degré d'atteinte à l'intégrité fixé à 15% fut également confirmé, sur la base de l'appréciation du Dr B_____ et du barème de l'annexe 3 OLAA affiné par les tables de calcul complémentaires de la SUVA. Le recourant n'apportait pas non plus d'indice médical concret propre à mettre en cause cette appréciation. Le recourant contesta cette décision auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales par acte remis à la poste le 26 novembre 2008, concluant préalablement à l'annulation de la décision du 24 octobre 2008, à l'audition de la Dresse C_____ et du Dr E_____. Il concluait principalement à ce qu'il soit mis au bénéfice d'une rente d'invalidité de 50% au moins, dès le 1^{er} avril 2006 et à ce qu'il soit mis au bénéfice d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 30% au moins. Il critiquait l'appréciation médicale du Dr B_____, se fondant sur les avis des Dr C_____ et E_____. Il critiquait, par ailleurs, l'avis psychiatrique du SMR, sans toutefois apporter d'autre avis sur ce plan. Il concluait qu'au vu des atteintes ostéoarticulaires et psychiques ses capacités de gain ne sauraient être supérieures à 50%. S'agissant de l'atteinte à l'intégrité, les imageries médicales faisaient état d'une péjoration de la situation depuis 2005. Il fallait également tenir compte de l'atteinte à l'intégrité psychiatrique. Par courrier du 22 décembre 2008, le recourant adressa au Tribunal un courrier du Dr A_____ du 11 décembre 2008, ainsi qu'un avis au Dr E_____ du 16 juin 2008. Dans ces documents, le Dr A_____ indique qu'il lui est difficile d'évaluer précisément la capacité de travail exigible, mais qu'il semblait difficile d'exiger un travail adapté à plus de 50%. Il avait toujours eu l'impression d'une personne volontaire et sincère. L'invalidité n'ayant été examinée que par un psychiatre, il préconisait une expertise par un spécialiste de l'appareil locomoteur ou une expertise multidisciplinaire. Le 4 mars 2009, le Dr F_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologique de l'appareil locomoteur auprès de l'assureur, et le Dr G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique auprès de l'assureur, rédigèrent une appréciation médicale détaillée, mais sans avoir procédé à un examen clinique. Considérant que la fracture du recourant était de gravité réduite et que la déformation n'avait pas évolué, l'aggravation des symptômes douloureux et des troubles fonctionnels entre 2005 et 2008 ne pouvait pas être expliquée en considérant le problème fracturaire. Ainsi, il n'y avait pas de motif de modifier à la hausse le degré d'atteinte à l'intégrité défini par le Dr B_____.

celui-ci étant même considéré comme trop élevé compte tenu de l'existence déjà avant l'accident des troubles dorsolombaires. Les limitations fonctionnelles définies par le Dr E_____ étaient superposables, voir même inférieures à celle établie par le Dr B_____ en 2005. Elles étaient clairement compatibles avec une activité légère, ce que le descriptif des activités quotidiennes du recourant venait confirmer. Après examen des fiches de descriptions de postes de travail exigibles retenus par l'assureur, les postes correspondants aux fiches DPT n° 822 et 2261 n'étaient pas exigibles, tandis que ceux correspondants aux fiches DPT n° 4520, 2260 et 6092 l'étaient pleinement, à plein temps. Dans sa détermination du 12 mars 2009, l'assureur conclut au rejet du recours. Considérant l'avis des Dr F_____ et G_____ au sujet de l'exigibilité des postes envisagés, l'assureur indiqua qu'il fallait délaissier les postes de travail décrits au profit de données statistiques de l'ESS 2006. Il en ressortait que selon le tableau TA1, pour un homme dans un travail simple et répétitif, le revenu mensuel moyen était de 4'732 fr. Compte tenu d'un abattement supplémentaire de 15% pour tenir compte des circonstances personnelles du recourant, le revenu d'invalidé s'élevait à 50'317 fr 70 et déterminait une diminution de la capacité de gain de 34%. La différence par rapport au taux retenu par l'AI résidait dans l'usage de données statistiques plus précises. Par ordonnance du 4 juin 2009, le tribunal a ordonné l'audition des parties ainsi que celle du Dr E_____. Le Dr E_____ a été entendu par le tribunal les 25 juin 2009. Il a indiqué avoir été consulté ponctuellement par le recourant au début de l'année 2008, à quatre reprises. Il avait pris connaissance de l'avis des Dr F_____ et G_____ du 4 mars 2009. Il partageait leur appréciation, qu'il qualifiait de juste et clairement écrite. S'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, il précisait n'avoir pas les compétences nécessaires pour se prononcer. S'agissant de la capacité de travail, il s'était limité à énoncer les limitations fonctionnelles, sans se prononcer. Au vu des dites limitations, une activité adaptée éventuelle pouvait être imaginée dans un travail de bureau ou de petite mécanique sur établi. À l'issue de l'audience du 25 juin 2009, le recourant a renoncé à être entendu par le Tribunal et les parties ont déclaré que les enquêtes pouvaient être closes. Un délai leur fut ainsi fixé pour d'éventuelles observations écrites. Par courrier du 24 août 2009, l'assureur a indiqué qu'au vu du témoignage du Dr E_____, il persistait dans ses conclusions précédentes. Par courrier du 15 septembre 2009, le recourant a lui aussi persisté dans ses conclusions, expliquant que compte tenu de sa problématique psychiatrique, il ne pouvait être exigé de lui un travail adapté à plus de 50 %. La cause a été gardée à juger le 18 septembre 2009. EN DROIT Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 5 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (ci-après : LPGA), entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable en l'espèce. Adressé au Tribunal cantonal des assurances sociales par pli du 26 novembre 2009, le recours contre la décision de l'assureur du 24 octobre 2009 intervient en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA). Les autres conditions prévues par les art. 56 et ss LPGA étant réalisées, le recours est recevable. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité LAA dès le 1er avril 2006, et plus spécifiquement sur le taux d'invalidité qui doit lui être reconnu. La quotité de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est également contestée. L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas

d'accident professionnel ou non professionnel (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, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA; ATF 129 V 404 consid. 2.1, 122 V 232 consid. 1 et les références). Ainsi que le Tribunal fédéral des assurances l'a déclaré à maintes reprises, la notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité. Dans ces trois domaines, elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé assurée, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entrent en ligne de compte pour l'assuré. La définition de l'invalidité est désormais inscrite dans la loi. Selon l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. En raison de l'uniformité de la notion d'invalidité, il convient d'éviter que pour une même atteinte à la santé, assurance-accidents, assurance militaire et assurance-invalidité n'aboutissent à des appréciations divergentes quant au taux d'invalidité. Cela n'a cependant pas pour conséquence de les libérer de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité. En aucune manière un assureur ne peut se contenter de reprendre simplement et sans plus ample examen le taux d'invalidité fixé par l'autre assureur car un effet obligatoire aussi étendu ne se justifierait pas. D'un autre côté l'évaluation de l'invalidité par l'un de ces assureurs ne peut être effectuée en faisant totalement abstraction de la décision rendue par l'autre. A tout le moins, une évaluation entérinée par une décision entrée en force ne peut pas rester simplement ignorée. Elle doit au contraire être considérée comme un indice d'une appréciation fiable et, par voie de conséquence, prise en compte ultérieurement dans le processus de décision par le deuxième assureur. L'assureur doit ainsi se laisser opposer la présomption de l'exactitude de l'évaluation de l'invalidité effectuée. Une appréciation divergente de celle-ci ne peut intervenir qu'à titre exceptionnel et seulement s'il existe des motifs suffisants. A cet égard, il ne suffit donc pas qu'une appréciation divergente soit soutenable, voire même équivalente. Peuvent en revanche constituer des motifs suffisants le fait qu'une telle évaluation repose sur une erreur de droit ou sur une appréciation insoutenable ou encore qu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec l'assuré. A ces motifs de divergence, déjà reconnus antérieurement par la jurisprudence, il faut ajouter des mesures d'instruction extrêmement limitées et superficielles, ainsi qu'une évaluation pas du tout convaincante ou entachée d'inobjectivité. Par exemple, le Tribunal fédéral des assurances a considéré comme insoutenable une appréciation des organes de l'assurance-invalidité, au motif qu'elle s'écartait largement de l'évaluation de l'assureur-accidents, laquelle reposait sur des conclusions médicales convaincantes concernant la capacité de travail et l'activité exigible, ainsi que sur une comparaison des revenus correctement effectuée (ATF 126 V 288 consid. 2d; ATF 119 V 474 consid. 4a; voir aussi RAMA 2000 n° U 406 p. 402 s. consid. 3, 2001 n° U 410 p. 73 s. consid. 3). Selon l'art. 18 al. 1^{er} LAA, 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. Comme déjà mentionné plus haut, l'art. 8 al. 1 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 cet égard, le revenu d'invalidé 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'invalidé peut être évalué sur la base de statistiques salariales (ATF 126 V 76 consid. 3b), singulièrement à la lumière de celles figurant dans l'enquête suisse sur la structure des salaires, publiée par l'Office fédéral de la statistique (ATF 124 V 321). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 79 -80 consid. 5b/aa-cc; ATFA non publié du 6 février 2002, U 241/00 consid. 2). Quant au revenu de l'activité raisonnablement exigible, il doit être déterminé en se référant aux conditions d'un marché du travail équilibré et structuré offrant un éventail d'emplois diversifiés. Il s'agit donc d'une notion théorique (FRÉSARD, L'assurance-accidents obligatoire, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, Bâle, 1998, no 77). Lorsque l'assuré ne reprend pas d'activité lucrative, la comparaison peut se faire au moyen de tables statistiques (ATF 126 V 76 consid. 3a/bb et les références) ou de données salariales résultant de descriptions de postes de travail (DPT) (ATF 129 V 472). 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 (art. 19 al. 1 LAA). Si, par suite d'un accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique ou mentale, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (art. 24 al. 1 LAA). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital. Elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité. Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (art. 25 al. 1 et 2 LAA). Selon l'art. 36 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA), édicté conformément à cette délégation de compétence, une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité, pendant toute la vie. Elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique ou mentale subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (al. 1). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 à l'ordonnance (al. 2). En cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité physique ou mentale, dues à un ou plusieurs accidents, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée d'après l'ensemble du dommage (al. 3, 1^{ère} phrase). Il résulte de l'art. 25 al. 1 LAA que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée en fonction de la gravité de l'atteinte. Celle-ci s'apprécie d'après les constatations médicales. C'est dire que chez tous les assurés présentant le même status médical, l'atteinte à l'intégrité est la même; elle est évaluée en effet de manière abstraite, égale pour tous. En cela, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité de l'assurance-accidents se distingue donc de l'indemnité pour tort moral du droit civil, qui procède de l'estimation individuelle d'un dommage immatériel au regard des

circonstances particulières du cas. Contrairement à l'évaluation du tort moral, la fixation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité peut se fonder sur des critères médicaux d'ordre général, résultant de la comparaison de séquelles similaires d'origine accidentelle, sans qu'il soit nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'une atteinte entraîne pour l'assuré concerné. En d'autres termes, le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ne dépend pas des circonstances particulières du cas concret, mais d'une évaluation médico-théorique de l'atteinte physique ou mentale, abstraction faite des facteurs subjectifs (ATF 115 V 147 consid. 1, 113 V 221 consid. 4b, et les références; ATFA non publié du 30 juillet 2002, U 249/01). L'annexe 3 à l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA) comporte un barème des atteintes à l'intégrité en pour cent du montant maximum du gain assuré. Ce barème - reconnu conforme à la loi - ne constitue pas une énumération exhaustive (ATF 124 V 32 consid. 1b et les références). Il représente une «règle générale» (ch. 1 al. 1 de l'annexe). Pour les atteintes qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, il y a lieu d'appliquer le barème par analogie, en tenant compte de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 de l'annexe). A cette fin, la division médicale de la CNA a établi des tables complémentaires comportant des valeurs indicatives destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés. Ces tables émanant de l'administration ne constituent pas une source de droit et ne lient pas le juge, mais sont néanmoins compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 124 V 32 consid. 1c, 211 consid. 4a/cc, 116 V 157 consid. 3a; ATFA non publié du 28 novembre 2003, U 11/03). Elles permettent de procéder à une appréciation plus nuancée, lorsque l'atteinte d'un organe n'est que partielle. Selon l'art. 61 let. c LPG, le tribunal établit avec la collaboration des parties les faits déterminants pour la solution du litige; il administre les preuves nécessaires et les apprécie librement. Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 I 183 consid. 3.2). Le devoir du juge de constater les faits pertinents ne dispense pas les parties de collaborer à l'administration des preuves en donnant des indications sur les faits de la cause ou en désignant des moyens de preuve (ATF 130 I 184 consid. 3.2, 128 III 411 consid. 3.2.1 et consid. 3.2.2). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve. En effet, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 264 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 375 consid. 3; RAMA 1999 n° U 344, p. 418 consid. 3). Au demeurant, il n'existe 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 322, consid. 5a.). En ce qui concerne la preuve, 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 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195

consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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 322 consid. 5a). En vertu du principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'agissant de la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références). Quant au médecin traitant, 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 (ATF 125 V 353, consid. 3b/cc et les références). En l'espèce, d'un point de vue médical, le Tribunal est d'avis qu'il convient de retenir l'appréciation du Dr B_____. En effet, non seulement cet avis est conforme aux réquisits jurisprudentiels rappelés plus haut, mais sur le plan matériel, il est également confirmé par les avis d'autres médecins spécialistes. En particulier, de l'avis des Dr F_____ et G_____, la capacité de travail retenue par le Dr B_____ est adéquate, tandis que le degré d'atteinte à l'intégrité défini par ce même médecin apparaît comme un maximum. Le Tribunal constate que l'avis des Dr F_____ et G_____ est complet, détaillé, expliqué et convaincant. Il ont par ailleurs clairement exclu une aggravation de l'état du recourant depuis l'évaluation faite par le Dr B_____. Quant au Dr E_____, il a indiqué partager l'appréciation des Dr F_____ et G_____, qu'il a qualifiée de juste et clairement écrite. Quant à l'avis du Dr A_____, celui-ci n'est pas détaillé quant à la capacité de travail du recourant et ses considérations, comme il l'indique lui-même, sont subjectives. S'agissant de l'avis du Dr C_____, le Tribunal doit prendre en considération qu'il s'agit du médecin traitant du recourant, lequel n'est de surcroît pas spécialiste, au contraire des médecins susmentionnés. Sur le plan psychiatrique, l'on dispose au dossier d'un examen pratiqué par un médecin psychiatre du SMR, lequel exclut tout diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail au plan psychiatrique. En l'absence de tout élément susceptible de remettre cette appréciation en cause, le Tribunal ne discerne aucun motif devant conduire à solliciter une nouvelle appréciation médicale sur ce plan. Pour le surplus, s'agissant du calcul du taux de l'invalidité, l'appréciation de l'assureur n'apparaît pas critiquable. Elle est conforme aux principes mentionnés plus haut et il ne fait d'ailleurs l'objet d'aucune réelle critique. Le recourant se contente de contester les faits médicaux, en vain comme on l'a vu plus haut, et de substituer sa propre appréciation à celle de l'assureur, ceci sans argumentation convaincante. Le tribunal constate également que le taux d'invalidité auquel parvient l'assureur, soit 34 %, est très proche de celui retenu par l'OCAI, à savoir 36 %. Ainsi apparaît-il que l'assureur n'a pas fait abstraction de la décision rendue par l'OCAI, le taux auquel ledit office est parvenu étant un indice de ce que le taux retenu par l'assureur est

conforme. S'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité également, le recourant substitue son propre taux à celui retenu par l'assureur sans même apporter d'explication convaincante. En particulier, comme rappelé plus haut, le recourant ne saurait être suivi lorsqu'il fait état d'éléments subjectifs. Il en va de même s'agissant de l'atteinte psychiatrique à laquelle il fait référence, faute que celle-ci soit établie d'une quelconque manière, comme rappelé plus haut. Au contraire, l'avis du Dr B_____ est expliqué et se fonde sur la table n° 7 d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA de la SUVA. Cette table, relative aux atteintes à l'intégrité dans les affections de la colonne vertébrale prend en compte des éléments objectifs et subjectifs. Il n'y a pas lieu de revenir sur les éléments objectifs, à savoir l'angulation de 10 à 20°. S'agissant de l'élément subjectif, l'indemnité octroyée correspond à des « douleurs minimales permanentes, même au repos, accentuée par les efforts ». Ceci n'apparaît pas en concordance avec les plaintes exprimées par le recourant qui qualifie ses douleurs d'insupportables (examen médical final du Dr B_____ du 19.10.2005). Dans la mesure où aucun avis médical ne permet d'établir que les plaintes du recourant seraient exagérées, la catégorie « douleurs permanentes plus ou moins intenses, également la nuit et au repos ; charge supplémentaire impossible. Ces douleurs ne diminuent que lentement, après aggravation » qui détermine un taux de 20 à 25 % apparaît plus appropriée. En conséquence, il convient de porter le taux d'atteinte à l'intégrité à 20 %, soit le minimum de la fourchette précitée, puisqu'il n'est pas établi que les douleurs surviennent également la nuit ou ne diminuent que lentement après aggravation, éléments dont le recourant ne se plaint d'ailleurs pas. Le recours sera ainsi partiellement admis, en ce sens que la décision sera confirmée s'agissant du degré d'invalidité retenu par l'assureur et de la rente qui s'en suit, mais sera annulée en tant qu'elle fixe un degré d'atteinte à l'intégrité de 15%. Le recourant n'obtenant que très partiellement gain de cause, une indemnité réduite lui sera octroyée à titre de dépens. Celle-ci sera fixée à 500 fr. PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet partiellement. Annule la décision sur opposition du 24 octobre 2008 en tant qu'elle détermine une indemnité pour atteinte à l'intégrité fondée sur un taux de 15%. Dit que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée selon un taux de 20%. Condamne l'intimé à verser au recourant le complément d'indemnité correspondant. Confirme la décision sur opposition du 24 octobre 2008 pour le surplus. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de 500 fr. à titre de dépens. Dit que la procédure est gratuite. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Florence SCHMUTZ Le Président suppléant Thierry STICHER Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le