

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1952/2010

ATAS/1134/2010

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 4

du 10 novembre 2010

En la cause

Monsieur T_____, domicilié à Chêne-Bourg, comparant
avec élection de domicile en l'étude de Maître GABUS Pierre

recourant

contre

SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS
D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, 6002 Lucerne

intimée

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Christine LUZZATTO et Dana DORDEA,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur T_____ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en 1985, a été victime d'un accident de la circulation en date du 11 novembre 2002. Alors qu'il circulait à moto, il fut percuté par un scooter et chuta sur la chaussée. A la suite de cet accident, l'assuré a été en incapacité de travail à 100% et la SUVA (ci-après: la caisse) a pris en charge le cas.
2. L'assuré a été opéré par le Dr A_____, son médecin-traitant spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, qui a pratiqué une spondylodèse intersomatique par voie postérieure.
3. Suite à une évolution favorable dans un premier temps, l'assuré a entrepris en septembre 2003 un apprentissage d'ébéniste auprès de l'entreprise X_____.
4. A la suite d'un effort au travail le 7 novembre 2003, l'assuré a été à nouveau en arrêt de travail jusqu'au 9 novembre 2003. Depuis lors, plusieurs tentatives de reprise de travail se sont révélées infructueuses. Le 3 juin 2004, le Dr A_____ a indiqué que l'évolution était défavorable en raison de la persistance de douleurs lombaires et qu'une reconversion professionnelle était en cours d'organisation par l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après: l'OAI).
5. Le 14 juin 2004, l'assuré a été victime d'un nouvel accident de la circulation; alors qu'il se trouvait au volant de sa voiture, il a été percuté par l'arrière. Cet événement a entraîné des cervicalgies ainsi qu'une exacerbation des lombalgies présentes depuis la spondylodèse.
6. L'assuré a séjourné à la clinique romande de réadaptation (ci-après: la CRR) du 8 septembre 2004 au 1^{er} octobre 2004 pour un bilan multidisciplinaire, une rééducation fonctionnelle et une évaluation des capacités fonctionnelles. L'incapacité de travail a été jugée totale dans l'activité d'ébéniste, mais une capacité de travail de 100 % a été retenue dans une autre activité, telle que celle de ferblantier-appareilleur dès le 11 octobre 2004.
7. En raison d'une recrudescence des douleurs induisant une nouvelle incapacité de travail, l'assuré a été à nouveau examiné le 10 décembre 2004 par le médecin d'arrondissement de la caisse, le Dr B_____, qui a constaté un syndrome vertébral apparemment aggravé ayant nécessité des infiltrations antalgiques.
8. Dans un rapport du 11 mars 2005 à l'attention du médecin-conseil de la caisse, le Dr A_____ a préconisé la possibilité d'une nouvelle intervention qui viserait à prolonger la spondylodèse d'un niveau vers le haut.

9. Après avoir soumis le dossier de l'assuré à son médecin-conseil, le Dr C _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, la caisse, par décision du 6 avril 2005, a refusé de prendre en charge l'opération préconisée par le Dr A _____, motif pris de la lourdeur de l'intervention et de ses suites incertaines. L'opposition formée par l'assuré a été rejetée par la caisse le 30 mai 2005, puis par le Tribunal de céans (arrêt du 3 mai 2006 ATAS/468/2006).
10. Un examen médical final a été effectué le 13 juin 2005 par le Dr B _____. Il est ressorti de cet examen, selon le rapport du 8 juillet 2005, que du point de vue de l'exigibilité il fallait admettre que le segment L5-S1 était actuellement bloqué par la spondylodèse, solide, donc pouvait être sollicité du point de vue mécanique. Le résultat radiologique réconfortant en attestait. Ceci était compatible avec de nombreuses activités physiques même astreignantes et en tout état de cause avec toutes les activités qui l'étaient moins, notamment intellectuelles, pour lesquelles le patient semblait disposer des ressources suffisantes. Il existait un dommage permanent et il fallait dorénavant prendre en charge quatre à six consultations annuelles chez le médecin traitant, ainsi que toute médication antalgique reconnue comme efficace et nécessaire.
11. Le 14 juin 2005, le Dr B _____ s'est prononcé sur l'atteinte à l'intégrité de l'assuré. S'agissant de la spondylodèse et des douleurs alléguées en cas d'ostéochondrose, il a retenu une atteinte de 10% sur la base de la table 7 relative aux atteintes à l'intégrité dans les affections de la colonne vertébrale. Il a retranché 50% à ce taux total au titre de l'état antérieur, à savoir le spondylolisthesis sur lyse isthmique, aboutissant à un taux net de 5%.
12. Par courrier du 14 juillet 2005, la caisse a indiqué à l'assuré qu'elle mettait fin au paiement des soins médicaux hormis quatre contrôles par année et les antalgiques, faute de pouvoir escompter sur une amélioration notable. Elle l'a informé au surplus qu'elle continuerait à verser l'indemnité journalière sur la base d'une incapacité de travail de 100% jusqu'au 30 novembre 2005 et qu'à ce moment-là elle se prononcerait sur le droit à une rente d'invalidité. Outre la rente d'invalidité, l'assuré avait droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité et la caisse lui a fait savoir qu'elle le renseignerait sur le taux de cette indemnité en même temps qu'elle lui notifierait la décision de rente.
13. Par courriers des 9 décembre 2005 et 11 juillet 2006, notifiés à l'entreprise orthopédique, la caisse a refusé de prendre en charge l'orthèse lombaire. L'OAI a finalement pris en charge le corset orthopédique à concurrence de 1'284 fr 10.
14. Le 4 avril 2007, l'OAI a notifié à l'assuré un projet d'acceptation de rente, aux termes de laquelle un degré d'invalidité de 55,4% lui était reconnu, ouvrant droit à une demi-rente d'invalidité.

15. Par courrier du 1^{er} mai 2007, le mandataire de l'assuré a attiré l'attention de la caisse sur la position adoptée par l'OAI quant au degré d'invalidité reconnu suite à l'accident du 11 novembre 2002.
16. Par arrêt du 9 mai 2007, le Tribunal fédéral a confirmé la décision de la caisse quant au refus de prise en charge de la seconde intervention chirurgicale. Il a considéré que l'intervention litigieuse apparaissait en tous les cas prématurée, une première opération n'ayant pas apporté de résultats significatifs. En revanche, d'autres mesures (notamment le port d'un corset lombaire) devaient être au préalable tentées et l'opération ne devrait éventuellement intervenir qu'à titre d'ultima ratio.
17. Le 4 juillet 2007, le mandataire de l'assuré a sollicité, conformément à la teneur des considérants du Tribunal fédéral, le versement de prestations en conformité avec l'article 10 LAA (notamment la prise en charge du corset lombaire) et la reprise, rétroactivement, du versement des indemnités journalières, l'état de santé de l'assuré n'étant pas stabilisé.
18. Par décision du 24 septembre 2007, l'OAI a reconnu un degré d'invalidité de 55% à l'assuré et lui a octroyé une demi-rente extraordinaire d'invalidité depuis le 1^{er} mai 2004.
19. Par courrier du 4 octobre 2007, la caisse a informé le mandataire de l'assuré que le dispositif du jugement du Tribunal fédéral avait rejeté le recours sans faire de renvoi aux considérants, de sorte que ces derniers ne sauraient la lier d'une quelconque manière. Par conséquent, la caisse maintenait la teneur de sa correspondance adressée à l'assuré le 14 juillet 2005 selon laquelle elle mettait fin au paiement des soins médicaux en dehors de quatre contrôles par année et des médicaments antalgiques et cessait le versement des indemnités journalières avec effet au 30 novembre 2005. Toutefois, elle poursuivait l'examen du droit à une rente, ce dont elle ne manquerait pas de le tenir au courant.
20. Par courrier du 14 janvier 2008, l'assuré a réfuté la thèse de la caisse selon laquelle celle-ci ne serait pas liée par les considérants du Tribunal fédéral dans son arrêt du 9 mai 2007. Pour le surplus, il rappelait qu'un degré d'invalidité de 55% lui avait été reconnu par l'OAI, ce dont la caisse devait tenir compte.
21. Le 1^{er} février 2008, la caisse a informé l'assuré que dans le cadre du suivi de sa demande elle allait transmettre son dossier à un médecin consultant. Pour ce faire, elle a sollicité de l'assuré une autorisation. Le 10 mars 2008, le mandataire de l'assuré a relancé la caisse pour connaître l'état de l'avancement de l'instruction du dossier.
22. A la demande de la caisse, l'assuré lui a remis, en date du 28 avril 2008, les radiographies demandées.

23. Suite à une demande identique formulée en date du 29 avril 2008, le mandataire de l'assuré a envoyé un courriel à la caisse le 15 mai 2008, l'informant que les radiographies demandées se trouvaient déjà en sa possession et qu'au surplus l'OAI s'était déjà prononcé en date du 24 septembre 2007 quant au degré d'invalidité.
24. Par courrier du 18 juillet 2008, la caisse a informé l'assuré que son dossier avait été confié au Professeur D_____, orthopédiste, pour appréciation.
25. Le mandataire de l'assuré a adressé un nouveau courrier à la caisse en date du 28 septembre 2007 (recte : 2008) en lui demandant de se déterminer quant au droit de l'assuré à une rente d'invalidité.
26. Le Professeur D_____ a rendu son expertise médicale le 25 novembre 2008. Il a noté une chronicisation extrême d'un dos douloureux, un status après chirurgie de plus de cinq ans et des douleurs désormais chronicisées sans cause définissables qui avaient résisté aux traitements effectués jusqu'à présent. Il fallait selon le Professeur que l'assuré puisse bénéficier d'un entourage de réadaptation professionnelle et d'un soutien plus psychologique que psychiatrique pour reprendre confiance en lui et en ses capacités réelles.
27. Le 3 février 2009, l'assuré, par l'intermédiaire de son mandataire, a déposé un recours pour déni de justice à l'encontre de la caisse, lui reprochant de n'avoir pas rendu de décision, que ce soit pour la prise en charge du corset, du versement des indemnités journalières et de la rente. Il a conclu à ce que la caisse soit invitée à se prononcer sans délai sur l'octroi de prestations en sa faveur, sous suite de dépens.
28. Dans sa réponse du 3 mars 2009, la caisse a contesté avoir commis un déni de justice, relevant préalablement que le droit à une rente d'invalidité prenait naissance lorsqu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'AI avaient été menées à terme. En l'occurrence, la caisse a relevé qu'elle n'était pas restée inactive, que différentes décisions ou démarches avaient été prises, respectivement entreprises. L'AI avait octroyé à l'assuré des mesures de réadaptation professionnelle depuis le 1^{er} décembre 2005 qui s'étaient achevées le 10 décembre 2006, de sorte qu'il se justifiait de reporter l'examen du taux d'invalidité à l'issue de ces mesures. De surcroît, la question de la stabilisation de l'état de santé de l'assuré était incertaine, dans la mesure où il invoquait une aggravation justifiant une intervention en milieu hospitalier. Finalement, à partir du 4 juillet 2007, date de la notification de l'arrêt du Tribunal fédéral, la caisse avait pu reprendre l'instruction du cas en vue de se déterminer sur la rente. Elle avait également sollicité un avis psychiatrique du Dr E_____ qui s'était prononcé le 5 septembre 2007. Enfin, début décembre 2007, elle avait requis des renseignements auprès du conseil de l'assuré puis avait soumis le dossier au médecin consultant, le Professeur D_____, dont le rapport avait été

réceptionné le 3 décembre 2008. La caisse a conclu en conséquence au rejet du recours.

29. Après avoir entendu les parties en audience de comparution personnelle le 20 mai 2009, le Tribunal de céans a, par arrêt du 3 juin 2009, rejeté le recours de l'assuré, considérant que l'on ne saurait reprocher à la caisse, compte tenu des circonstances concrètes du cas et des démarches entreprises, d'avoir commis un déni de justice.
30. Le 14 août 2009, la caisse a informé le mandataire de l'assuré qu'elle complétait les données dans ce dossier afin de pouvoir rendre une décision au plus vite.
31. Le 15 octobre 2009, le Professeur C_____ a rendu son appréciation médicale. Il a expliqué qu'il était inconcevable de statuer que le patient ne puisse travailler dans une activité adaptée qu'à 50% seulement. Il lui était au contraire loisible d'exercer une activité en position alternée du corps, ne requérant pas le port de charges répété, la limite supérieure de poids s'élevant entre 15 et 20 kg. Le patient n'était pas gêné dans ses déplacements et il disposait certainement des ressources intellectuelles suffisantes pour apprendre un métier lui donnant satisfaction.
32. Par décision du 16 décembre 2009, la caisse a accordé à l'assuré une rente d'invalidité et une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après: l'IPAI) pour les séquelles de l'accident du 11 novembre 2002. Concernant tout d'abord la rente d'invalidité, les investigations sur le plan médical et économique mettaient en évidence une diminution de la capacité de gain de 24% et le gain annuel assuré se montait à 61'876 fr. Ainsi, les prestations de la caisse se montaient à 1'003 fr 85 par mois du 1^{er} décembre 2005 au 31 décembre 2006, à 1'025 fr 65 par mois du 1^{er} janvier 2007 au 31 décembre 2008, et à 1'064 fr 25 par mois dès le 1^{er} janvier 2009. Concernant ensuite l'IPAI, la caisse a relevé que compte tenu de l'appréciation médicale, il résultait une atteinte à l'intégrité de 5%, donnant droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5'340 fr.
33. Par courrier du 13 janvier 2010 adressé à la caisse, l'assuré, par l'intermédiaire de son mandataire, a formé opposition contre cette décision. Il a contesté la quotité du salaire annuel de 49'000 fr retenue dans une prétendue activité exigible. Partant, il a également contesté le taux d'incapacité de gain arrêté à 24% et le montant de la rente d'invalidité. Par ailleurs, l'assuré s'est opposé au taux de 5% retenu dans le cadre du calcul de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Cela étant, et afin de lui permettre de justifier son opposition, l'assuré a invité la caisse à lui adresser dans les meilleurs délais tous les documents de son dossier postérieurs au 1^{er} janvier 2009. Dès réception de ces documents, il ne manquerait pas de faire valoir son argumentation détaillée à l'appui de son opposition. Enfin, l'assuré s'est étonné que la caisse ait pris l'initiative de verser l'ensemble de l'arriéré des montants qui lui étaient dus directement auprès du SPC.

34. Par courrier du 14 janvier 2010, la caisse a expliqué à l'assuré qu'elle lui adresserait le plus rapidement possible les actes postérieurs au 1^{er} janvier 2009. Pour l'argumentation détaillée, elle lui accordait un délai de 30 jours dès réception de ces documents.
35. La caisse a communiqué à l'assuré les pièces souhaitées en date du 25 janvier 2010.
36. Le 15 février 2010, l'assuré a communiqué à la caisse l'argumentation détaillée à l'appui de son opposition. Il a estimé qu'au vu de la décision de l'OAI de septembre 2007 et du principe d'uniformité de la notion d'invalidité, c'était un taux de 55,35% qui devait être retenu pour fonder sa rente d'invalidité. Par ailleurs, ce n'était pas un revenu de 64'640 fr qui devait être retenu comme gain réalisable sans l'accident mais un revenu d'au minimum 72'000 fr, correspondant au salaire statistique moyen dans le domaine de l'ébénisterie. L'assuré a également contesté le revenu de comparaison hypothétique qu'il pourrait réaliser, estimant que la caisse s'était fondée à cet égard sur des DPT non adaptées à ses séquelles. Enfin, concernant son indemnité pour atteinte à l'intégrité, c'était un taux de 50% qui devait être retenu et non un taux de 5%.
37. Par décision du 3 mai 2010, la caisse a rejeté l'opposition de l'assuré. Elle s'est fondée sur les appréciations des Drs C_____ et B_____ pour se départir de l'exigibilité médicale retenue par l'OAI. Elle a également considéré que nonobstant les critiques de l'assuré quant au choix des DPT, force était de constater que les activités ainsi considérées permettaient l'alternance des positions, englobaient des tâches légères et autorisaient l'introduction de pauses dans le déroulement du travail. Il découlait clairement des DPT la possibilité d'exercer des activités accessibles aux profil et handicap de l'assuré permettant la réalisation d'un revenu de l'ordre de 49'000 fr l'an. Sans l'accident, l'assuré pourrait par ailleurs percevoir un gain de l'ordre de 64'640 fr annuels selon les déclarations de son ancien employeur, de simples possibilités théoriques d'ascension professionnelle ne suffisant pas pour être prises en compte dans le calcul. En définitive, la comparaison des revenus laissait apparaître un préjudice économique de 24,1%, de sorte que c'était de manière correcte que l'assuré avait été mis au bénéfice d'une rente d'invalidité de 24%. Concernant l'atteinte à l'intégrité, le Dr B_____ l'avait fixée à 5% en pleine connaissance du dossier et en se fondant sur les tables de calcul pertinentes. A cet égard, l'assuré n'avait apporté aucun indice médical déterminant permettant de douter du bien-fondé des conclusions du Dr B_____.
38. Le 3 juin 2010, l'assuré, par l'intermédiaire de son mandataire, a interjeté recours contre cette décision. Principalement, avec suite de frais et dépens, il conclut à l'annulation de la décision du 3 mai 2010, à ce que le Tribunal constate que son taux d'invalidité est de 55,35%, à ce qu'il renvoie la cause à l'intimée pour calcul du montant de la rente, et à ce qu'il constate que le recourant a droit à une indemnité

pour atteinte à l'intégrité de 50%. Subsidiairement, le recourant conclut à l'annulation de la décision du 3 mai 2010 et au renvoi de la cause à l'intimée pour nouvelle décision dans le sens des considérants du Tribunal.

39. Invitée à se déterminer, l'intimée a adressé sa réponse au Tribunal en date du 5 juillet 2010. Elle observe que le recourant n'a pas apporté d'éléments nouveaux et conclut au rejet du recours. En particulier, elle confirme, selon les appréciations de son médecin d'arrondissement et du Dr C _____, que le recourant doit être reconnu apte à exercer une activité adaptée à plein temps et plein rendement. L'intimée confirme également les gains avec et sans invalidité du recourant, de sorte que sa décision de fixer à 24% le degré d'invalidité du recourant est correcte. Concernant enfin l'atteinte à l'intégrité, le recourant n'apporte aucun élément diagnostique ou médical susceptible de remettre en cause les conclusions du Dr B _____ qui l'a fixé à 5%.
40. Cette écriture a été communiquée au recourant le 7 juillet 2010. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), 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 ; RS 830.1) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA ; RS 832.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 229 consid. 1.1 et les références). Les règles de procédure s'appliquent quant à elles sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b).

En l'espèce, le droit à la rente du recourant est né le 1^{er} décembre 2005 puisque l'intimée a mis un terme au versement de l'indemnité journalière dès cette date et qu'il n'y avait alors plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état du recourant (art. 19 al. 1 LAA). Dès lors que le

moment juridiquement déterminant est postérieur à son entrée en vigueur, la LPGA est applicable.

3. Interjeté dans le délai légal et en la forme prescrite, le recours est recevable (cf. art. 56 et 60 LPGA).
4. Le litige consiste à déterminer d'une part si l'intimée a correctement évalué le degré d'invalidité du recourant, et d'autre part, si elle a correctement fixé l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.
5. En ce qui concerne tout d'abord l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, il résulte de l'art. 25 al. 1 LAA qu'elle doit être 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'IPAI 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'IPAI 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.

6. En l'espèce, l'intimée, lorsqu'elle a fixé l'IPAI dans sa décision du 3 mai 2010, s'est basée sur l'appréciation médicale du Dr B _____ du 14 juin 2005, étant précisé que ce dernier a lui-même pris en compte tous les éléments médicaux pertinents figurant au dossier. En particulier, le médecin a procédé à un examen final du recourant en date du 13 juin 2005, lors duquel il a tenu compte de l'anamnèse médicale du recourant, de ses plaintes, et s'est prononcé sur sa capacité de travail. Pour cette raison, il n'y a pas lieu de s'écarter de ses conclusions du 14 juin 2005. A noter que le recourant n'apporte aucun élément nouveau permettant de mettre en doute cette dernière appréciation. C'est donc bien sur la base de l'appréciation médicale du Dr B _____ qu'il convient de déterminer le degré d'atteinte à l'intégrité du recourant. Appliquant la table 7 "atteintes à l'intégrité dans les affections de la colonne vertébrale", le médecin a retenu, s'agissant de la spondylodèse et des douleurs alléguées en cas d'ostéochondrose, une atteinte de 10%, ce qui paraît tout à fait raisonnable. Il a retranché de manière convaincante 50% à ce taux total au titre de l'état antérieur, à savoir le spondylolisthésis sur lyse isthmique, aboutissant à un taux net de 5%. Dès lors, le taux de 5 % retenu par le médecin concernant l'IPAI doit être confirmé, étant précisé que le recourant n'apporte aucun élément nouveau permettant de remettre en cause ce taux.
7. Sur ce point, le recours sera dès lors rejeté.
8. Selon l'art. 18 al. 1 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. 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 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).

A teneur de l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente.

9. 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. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 158 consid. 1b; ATFA non publié du 13 octobre 2004, U 345/03, consid. 3.2).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif (art. 40 PCF en corrélation avec l'art. 19 PA ; art. 95 al. 2 OJ en liaison avec les art. 113 et 132 OJ), l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge 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. Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. 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 125 V 351 consid. 3a).

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. Ainsi, lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permette de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

10. Par ailleurs, 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 (ATF 126 V 288 consid. 2). 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 (cf. ATF 133 V 549 consid. 6, 131 V 362 consid. 2.2).

D'un autre côté, une évaluation entérinée par une décision en force d'un assureur ne peut pas rester simplement ignorée par un autre assureur qui doit se laisser opposer la présomption d'exactitude de l'évaluation effectuée. Une appréciation divergente de celle-ci ne peut intervenir qu'à titre exceptionnel et seulement s'il existe des motifs suffisants. Peuvent constituer de tels motifs le fait qu'une évaluation repose sur une erreur de droit et/ou sur une appréciation insoutenable, qu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec l'assuré ou de mesures d'instruction extrêmement limitées ou superficielles ou encore qu'elle n'est pas du tout convaincante ou entachée de manque d'objectivité (ATF 126 V 293 consid. 2d, 119 V 474 consid. 4a; voir aussi VSI 2004 p. 185 consid. 3).

L'ancien Tribunal fédéral des assurances a précisé sa jurisprudence relative au principe d'uniformité de la notion d'invalidité dans l'assurance sociale en ce sens que 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). Récemment, le Tribunal fédéral a admis la réciprocité de cette règle à l'égard de l'assurance-invalidité en jugeant que celle-ci n'était pas liée par l'évaluation de l'invalidité de l'assurance-accidents au sens de l'ATF 126 V 288, avec comme conséquence que l'office AI n'avait pas qualité pour faire opposition à la décision ni pour recourir contre la décision sur opposition de l'assureur-accidents concernant le droit à la rente en tant que tel ou le taux d'invalidité (ATF 133 V 549).

11. En l'espèce, le recourant invoque le principe de l'uniformité de la notion d'invalidité et soutient que l'intimée aurait dû retenir, à l'instar de l'OAI, un taux d'invalidité de 55,35%.

L'intimée estime quant à elle que les avis sur lesquels s'est basée l'OAI, à savoir ceux des Drs A _____, F _____ et G _____ ne sont pas convaincants. L'intimée a pour sa part suivi les conclusions des Drs C _____ et B _____.

Comme le relève l'intimée, l'appréciation du Dr G _____ du 28 mars 2006, selon laquelle la capacité de travail du recourant serait probablement limitée actuellement à 50% dès octobre 2004, est particulièrement brève et ne repose sur aucune motivation médicale. L'avis du 10 mai 2006 du Dr A _____, médecin-traitant du recourant, selon lequel il serait admissible de considérer une limite de 50% concernant la capacité de travail sous réserve des mesures d'orientation professionnelle, ne repose lui non plus sur aucun examen ou motivation médicale. Le Tribunal estime par conséquent que ces deux appréciations dépourvues de la moindre motivation ne sont pas déterminantes. Enfin, le Dr F _____ a estimé en date du 28 avril 2003 que comme apprenti-ébéniste, le recourant était toujours dans l'incapacité de travail pour la pratique et ne suivait que les cours théoriques deux jours par semaine. Cela étant, le Dr F _____ ne

s'est pas prononcé sur la capacité résiduelle de travail du recourant dans une activité adaptée.

L'intimée s'est quant à elle fondée sur les appréciations des Drs B_____ et C_____. Le Tribunal relève à cet égard que dans le rapport du Dr C_____ du 15 octobre 2009, les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude fouillée de plusieurs pages et que ses conclusions sont bien motivées. Dans le cadre de son rapport du 8 juillet 2005, le Dr B_____ a quant à lui procédé à un examen complet et minutieux de l'état de santé du recourant. Pour ce faire, il s'est appuyé sur l'entier du dossier, notamment sur les rapports des médecins ayant examiné le patient auparavant, de sorte qu'on ne peut que constater que son rapport se base sur un dossier bien étayé. Une anamnèse complète a été réalisée et le rapport de plusieurs pages est circonstancié. L'état de santé du recourant a fait l'objet d'examens approfondis, ses plaintes ont été prises en compte et le médecin a procédé à une discussion et une appréciation du cas détaillée. Le Tribunal relève enfin que dans leur rapport complet et motivé du 19 octobre 2004, les médecins de la CRR ont également retenu que l'incapacité de travail était totale dans l'activité d'ébéniste, mais que le recourant était capable de travailler à 100 % dans une autre activité adaptée.

Au vu de tout ce qui précède, le Tribunal est d'avis que l'OAI a retenu une incapacité de travail de 55,35% sur la base d'avis médicaux dépourvus de la moindre motivation. L'appréciation de l'OAI à cet égard n'est pas soutenable et, à tout le moins, pas convaincante. Dans ces circonstances, l'intimée pouvait procéder à une appréciation divergente pour évaluer le degré d'invalidité du recourant, ce qu'elle a fait à juste titre en se fondant sur les appréciations médicales convaincantes des Drs B_____ et C_____.

12. S'agissant de la capacité de travail, il convient dès lors de retenir que c'est à juste titre que l'intimée a reconnu le recourant apte à exercer une activité adaptée à plein temps et plein rendement.
13. En l'occurrence, le degré d'invalidité doit être déterminé selon la méthode générale de comparaison des revenus.

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 130 V 343 consid. 4). 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 (cf. ATF 129 V 222 consid. 4.1, 128 V 174).

Le revenu de l'activité raisonnablement exigible 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. Lorsque l'assuré ne

reprend pas d'activité lucrative, la comparaison peut se faire au moyen de tabelles 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 revenu sans invalidité se détermine pour sa part en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'intéressé aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF non publié du 25 mai 2007, I 428/06 et I 429/06).

14. En l'espèce, le droit à la rente débute le 1^{er} décembre 2005 puisque l'intimée a mis un terme au versement de l'indemnité journalière dès cette date et qu'il n'y avait alors plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état du recourant (art. 19 al. 1 LAA). Les revenus doivent être comparés pour l'année 2006, ainsi que l'a fait à juste titre l'intimée. Le recourant, qui ne conteste pas que 2006 soit l'année de référence, aurait en effet terminé avec succès son apprentissage d'ébéniste le 1^{er} septembre 2005, de sorte que l'année 2006 aurait été sa première année de travail complète.
15. En ce qui concerne le revenu sans invalidité du recourant, il ressort très clairement des déclarations de son ancien employeur que s'il avait terminé avec succès son apprentissage d'ébéniste au 1^{er} septembre 2005, son salaire horaire pour l'année 2006 s'élèverait au minimum à 27 fr 65, ce qui correspond à 64'639 fr 10 annuels comprenant son treizième salaire et son droit aux vacances (27,65 X 41,5 X 4 X 13 + 8,33%). Comme l'a retenu l'intimée dans la décision querellée, le revenu sans invalidité du recourant s'élève donc pour l'année 2006 à un montant de l'ordre de 64'640 fr.

Quant au revenu d'invalidé, il y a lieu de se fonder sur les DPT dans la mesure où les différentes activités retenues respectent les limitations fonctionnelles du recourant. Il ressort de ces DPT qu'en exerçant l'une des activités considérées, le recourant percevrait un revenu moyen de 49'760 fr pour l'année 2006. L'intimée était donc fondée à retenir que le revenu d'invalidé du recourant pour l'année 2006 s'élève à un montant de l'ordre de 49'000 fr.

De la comparaison des revenus, il résulte une perte de gain de 15'640 fr.

Le degré d'invalidité du recourant s'élève par conséquent à 24,1%, de sorte que c'est à juste titre que l'intimée a retenu un degré d'invalidité de 24%.

16. Compte tenu de tout ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification 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 ; RS 173.110); 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

La présidente

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDE

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le