

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4229/2008

ATAS/1276/2009

**ARRÊT**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 2**

**du 20 octobre 2009**

En la cause

Monsieur D\_\_\_\_\_, domicilié à GENÈVE, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Michael ANDERS

recourant

contre

SUVA, Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, sise  
Fluhmattstrasse 1, LUCERNE

intimée

**Siégeant : Isabelle DUBOIS, Présidente; Eugen MAGYARI et Patrick MONNEY, Juges  
assesseurs**

---

### EN FAIT

1. Né en 1966, Monsieur D\_\_\_\_\_ (ci-après l'assuré ou le recourant), moniteur de gymnastique, était au bénéfice d'indemnités de l'assurance-chômage. À ce titre, il était assuré contre le risque d'accidents professionnel et non professionnels auprès de SUVA, Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après l'assureur ou l'intimée).
2. Le 7 janvier 2003, l'assuré a fait une chute de cheval, à la suite de laquelle il a développé des lombosciatalgies à gauche. Une hernie discale L4-L5 ayant été mise en évidence à l'occasion du traitement, il a été opéré à deux reprises, en avril et juillet 2003, et une pleine capacité de travail lui a été reconnue dès le mois de novembre suivant. L'assuré a alors débuté une activité d'employé d'aéroport affecté à la vente des billets et à l'aide à la clientèle.
3. Selon le rapport qu'il a établi le 9 janvier 2004, le docteur L\_\_\_\_\_, médecin généraliste, a diagnostiqué une récurrence de lombosciatalgies gauches sous formes de dysesthésies et de crampes (fasciculations) au membre inférieur gauche, qui entraînaient des insomnies. Pour cette raison, des incapacités de travail de brève durée ont été attestées dès le mois de décembre 2003. Le traitement prescrit, sous forme d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), a permis de diminuer significativement les douleurs, mais celles-ci récidivaient lors d'activités nécessitant un effort musculaire, telles le port de lourdes charges ou les activités sportives dont l'assuré était très amateur.
4. Sur conseil du docteur M\_\_\_\_\_, médecin associé au Service d'orthopédie et de traumatologie de l'appareil moteur du Centre hospitalier universitaire vaudois, l'assuré a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (CRR) du 27 octobre au 30 novembre 2004. Au terme de ce séjour, les docteurs N\_\_\_\_\_ et O\_\_\_\_\_, respectivement spécialistes en rhumatologie et en psychiatrie, ont diagnostiqué, outre les status après interventions chirurgicales évoquées plus haut, une lombosciatalgie gauche résiduelle (M54.1 dans la Classification internationale des maladies [CIM-10]), un abus de substances multiples (F19.1) et un trouble du comportement alimentaire, de type boulimie atypique (F50.3).

Selon le rapport de sortie, la réadaptation ostéo-articulaire du rachis et des membres inférieurs s'était déroulée avec une excellente participation de la part de l'assuré. Dans un premier temps, les mesures passives et antalgiques avaient eu un très bon effet chez ce patient très anxieux ; dans la phase active du traitement avaient été favorisés des tonifications abdomino-lombaires, la mobilisation lombaire, le conditionnement global à l'entraînement thérapeutique ainsi qu'un travail de la proprioception dorsolombaire. L'assuré quittait la CRR avec une prescription de physiothérapie deux à trois fois par semaine, qui lui a été prodiguée par le docteur P\_\_\_\_\_.

Le contexte psychique de l'assuré était relativement complexe, celui-ci présentant des comportements alimentaires de type compulsif, qui revenaient au premier plan depuis la dégradation de son état physique. Il était suivi par le psychologue de la clinique, dont l'approche psychothérapeutique entraînait une bonne amélioration. Une indication à un traitement médicamenteux n'était pas retenue sauf, ponctuellement, des somnifères de type benzodiazépine. L'assuré était cependant à nouveau totalement capable de travailler, avec son accord.

Sur le plan professionnel, l'assuré travaillait alors sur appel, et il était au chômage au taux de 50%. Le service social de la clinique lui fournissait des informations et du soutien concret, de manière à régulariser une situation financière qui s'avérait précaire.

5. Selon rapport établi le 23 août 2005 par le docteur Q\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, l'assuré présentait des discopathies L4-L5 avec pincement discal et léger rétrolisthésis de L4 sur L5 de grade inférieur à I sur IV, légèrement accentué sur les clichés fonctionnels, en particulier en flexion, ainsi qu'une ostéophytose marginale antérieure étagée.
6. Les 15 septembre 2005 et 3 janvier 2006, l'assureur a procédé à l'audition de l'assuré dans le cadre du réexamen de sa responsabilité à l'égard des troubles présentés par celui-ci.

À ces occasions, l'assuré a notamment déclaré qu'il exerçait une activité polyvalente de billetterie, d'assistance aux passagers et de supervision à l'arrivée et au départ des avions ; il exerçait en outre une activité régulière de professeur de gymnastique depuis janvier 2005. Avant l'accident de cheval, il n'avait pas de problèmes de dos et donnait environ vingt heures de sport par semaine ; il avait pratiqué l'équitation trois à quatre heures par semaine, ce qu'il ne faisait plus depuis l'accident ; pour le surplus, il pratiquait des sports nautiques (planche et plongée) pour son plaisir.

Suite à la première opération chirurgicale, il avait été très choqué d'être « éjecté » de l'hôpital après quelques jours, alors qu'il ne s'estimait pas rétabli. De fait, trois mois plus tard, il avait ressenti une violente douleur à l'endroit précédemment lésé, en manipulant un objet. Réopéré, il avait refusé de quitter l'hôpital deux jours plus tard.

Le 25 mars 2005, il avait été victime d'une petite chute à moto, qui avait causé des blessures au niveau de la malléole et du genou droits. Le 15 juin suivant, suite à une altercation avec une collègue de travail, celle-ci l'avait violemment poussé. Suite à ces incidents, la douleur au bas du dos avait progressivement commencé à refaire son apparition et à redescendre le long de la jambe, de sorte que le docteur L\_\_\_\_\_ avait attesté une nouvelle incapacité totale de travail d'une dizaine de jours, puis une capacité de travailler à 50% vers fin août 2005. Depuis lors, la sta-

tion assise était très pénible. À partir du mois de novembre 2005, il avait été en mesure de cesser toute prise de médicaments ; il pouvait à nouveau marcher droit et n'éprouvait quasiment plus de douleurs et d'instabilité. Depuis quelques jours cependant, sans raison particulière, il avait mal au bas du dos et subissait des crampes durant les nuits.

7. Du rapport établi le 3 janvier 2006 par le docteur R\_\_\_\_\_, médecin-conseil de l'assureur, il ressort notamment que l'accident du 15 juin 2005 n'avait manifestement pas eu de grandes conséquences, et que l'incapacité de travail plus ou moins justifiée qui s'en était suivie était à mettre sur le compte de l'accident du 7 janvier 2003. Du point de vue thérapeutique, l'assuré pourrait sûrement bénéficier d'un deuxième séjour à la CRR.
8. Selon le rapport d'imagerie par résonance magnétique (IRM) établi par le docteur S\_\_\_\_\_ le 8 février 2006, soit durant le deuxième séjour de l'assuré à la CRR, celui-ci présentait une volumineuse hernie discale paramédiane gauche comprimant la racine L5 gauche et une zone de remaniement de fibrose postopératoire sous la hernie discale s'étendant au niveau de la racine L5 gauche en pré-foraminal. Cette seconde récurrence, avec fixation semi-rigide de L3-L4, a fait l'objet d'une intervention chirurgicale le 11 avril 2006, réalisée par les docteurs T\_\_\_\_\_ et U\_\_\_\_\_.
9. L'assuré a encore séjourné à la CRR du 22 novembre au 19 décembre 2006.

Le rapport établi le 28 décembre 2006 par le docteur N\_\_\_\_\_ expose que l'assuré présentait notamment, outre les status après interventions chirurgicales, les diagnostics de lombalgie chronique (M54.5), de souffrance axonale dans le territoire L5 gauche avec des signes d'un processus de ré-innervation de bonne qualité, non encore achevé (M51.1), un syndrome fémoro-patellaire (M22.2) et un trouble de la personnalité non spécifié (F60.9).

La bonne évolution observée durant le séjour et les performances réalisées durant les tests fonctionnels permettaient de conclure que l'assuré aurait une capacité de travail totale dans la profession d'employé d'aéroport dès le 1<sup>er</sup> janvier 2007. Au vu des problèmes rachidiens importants des dernières années, la profession de moniteur de gymnastique n'était plus adaptée. Pour le surplus, de manière générale, l'assuré se sentait mieux s'il pouvait alterner les postures assise et debout et s'il n'avait pas à effectuer de ports de charges de plus de dix à quinze kilogrammes.

Du point de vue psychique, le patient présentait une certaine instabilité professionnelle, une notion de crises boulimiques et d'abus de substances psycho-actives. Il était alors dans une période calme et disait garder le contrôle sur la conduite alimentaire et la consommation de substances. Il ne présentait aucun signe ou symptôme de sevrage et paraissait parfaitement euthymique. L'ensemble du tableau allait dans le sens d'un trouble de la personnalité qui ne rejoignait que partiellement les

troubles de la personnalité *borderline* évoqués par le passé, et qui ne paraissait pas interférer négativement sur la réadaptation.

10. À teneur du rapport d'examen médical établi le 31 janvier 2007 par le docteur R\_\_\_\_\_, l'assuré était en bonne forme ; il avait retrouvé une bonne musculature et la mobilisation du rachis s'effectuait librement. La mobilité était globalement conservée malgré une raideur du segment lombaire ; les changements de position s'effectuaient sans difficulté ; la station assise prolongée pouvait être soutenue sans problème ; à gauche, il était un peu moins souple qu'à droite, mais la manœuvre de Lasègue n'entraînait aucune douleur. Il n'y avait pas de déficit neurologique significatif aux membres inférieurs, même si une discrète atteinte séquellaire L5 gauche pouvait être évoquée, surtout du point de vue électro-physiologique.

Au plan médical, le cas était stabilisé, sous réserve d'un traitement d'entretien composé d'AINS, de consultations médicales isolées et de physiothérapie, peut-être au long cours, que l'assuré pourrait effectivement faire sous forme de gymnastique, avec une prise en charge exceptionnellement intégrale des frais en découlant par l'assureur.

S'agissant de la capacité de travail, il n'y avait aucune raison de s'écarter des conclusions qui avaient été faites par la CRR à l'issue d'une observation stationnaire assortie d'une évolution fonctionnelle détaillée. De son côté, l'assuré n'avait pas complètement abandonné l'espoir de faire une carrière professionnelle dans le monde du sport, au motif qu'elle lui permettrait aussi de se maintenir en forme.

11. Le 22 avril 2007, l'assuré, au guidon de son motorcycle, a été percuté par une automobile, ce qui, selon le docteur T\_\_\_\_\_, a légèrement aggravé le tableau clinique et nécessitait un traitement de renforcement musculaire et une activité sportive adéquate (rapport de consultation du 3 juillet 2007).
12. Selon le compte-rendu qu'il a établi le 10 mai 2007, l'assureur a recueilli des informations auprès de diverses institutions et salles de gymnastique.

Selon les directives salariales pour la Suisse romande, publiées en 2004 par la Fédération Suisse des Centres Fitness (FSCF), un « instructeur fitness avec plusieurs années d'expérience mais sans diplôme » pouvait alors prétendre à un salaire mensuel brut, versé douze fois l'an, de 3'600 à 4'200 fr. ; un « instructeur fitness avec diplôme fédéral » pouvait pour sa part prétendre à un salaire mensuel brut de 4'000 à 4'600 fr. Au vu des diplômes et attestations décernés à l'assuré, la directrice des ressources humaines de X\_\_\_\_\_ a attesté que le salaire annuel brut de celui-ci aurait évolué de manière à atteindre 70'850 fr. en 2006 et 2007 ; le directeur adjoint de Y\_\_\_\_\_ à Lausanne a pour sa part attesté que l'assuré aurait pu prétendre, à la même époque, à un salaire annuel brut de 51'600 fr. ; selon les directeurs de Z\_\_\_\_\_ à Renens et de XA\_\_\_\_\_ à Lausanne, le salaire annuel brut au-

rait atteint 54'000 fr. ; enfin, pour le responsable de XB\_\_\_\_\_ à Lausanne, le salaire annuel brut aurait été de 61'100 fr. en 2006 et de 62'010 fr. en 2007.

13. Le 11 juin 2007, l'assuré a été engagé à plein temps en qualité d'agent de réservations chez XC\_\_\_\_\_ à Genève (ci-après l'employeur) pour un salaire mensuel brut de 4'800 fr., versé treize fois l'an.
14. Le 29 novembre 2007, l'assuré a ressenti une vive douleur lombaire dans l'exercice de son activité professionnelle. Une IRM de la colonne lombaire, réalisée le 3 décembre suivant, a montré une discopathie protrusive étagée de L2 à L5, plus marquée en L4-L5 et en L5-S1, sans nette hernie discale, ainsi qu'une arthrose facettaire L5-S1 réduisant le calibre du canal lombaire et des foramens.

Une totale incapacité de travail a été attestée dans un premier temps ; dès le 10 décembre suivant, l'assuré a repris son activité professionnelle à mi-temps, puis à 80% dès le 8 janvier 2008 selon le rapport intermédiaire que le docteur P\_\_\_\_\_ a établi le 6 février suivant.

15. Par lettre du 19 mars 2008, l'employeur a déclaré résilier le contrat de travail de l'assuré avec effet au 30 avril suivant. Selon un certificat établi le 26 mars 2008 par le docteur V\_\_\_\_\_, l'assuré était à nouveau en totale incapacité de travail pour une durée indéterminée.
16. Selon le rapport établi le 28 mai 2008 par le docteur R\_\_\_\_\_, l'assuré déclarait qu'il allait beaucoup mieux depuis qu'il n'était plus constamment assis. Persistait quand même une douleur à la racine du membre inférieur gauche. Il signalait également une certaine fragilité de la nuque, qui remontait à l'accident du 22 avril 2007 et qui s'était manifestée dix jours plus tôt par une recrudescence de cervicalgies. Depuis cet accident, il disait manquer d'assurance et appréhender le fait de circuler en motocycle à Genève.

À l'examen clinique, l'assuré était en bonne forme, faisant plutôt moins que son âge, de constitution athlétique et qui n'avait manifestement pas de limitation fonctionnelle majeure. Objectivement, la nuque était tout à fait souple ; il n'y avait pas de tension anormale du chef supérieur des trapèzes ; la mobilité rachidienne était globalement conservée, malgré une raideur du segment lombaire ; la mobilisation s'effectuait librement et harmonieusement. Le patient ménageait son dos, mais il changeait de position sans difficulté ; il pouvait rester assis longtemps sans problème ; la manœuvre de Lasègue n'entraînait aucune douleur, même s'il était un peu moins souple à gauche qu'à droite. Le réflexe rotulien était plus vif à gauche qu'à droite et, sous réserve de la sensibilité qui n'avait pas été testée, il n'y avait pas de déficit neurologique aux membres inférieurs.

Au plan médical, le cas était stabilisé, sous réserve d'un traitement d'entretien tel que défini à l'issue de l'examen du 31 janvier 2007. Pour le surplus, il n'y avait au-

cun indice concret qui permît de penser que l'accident du 22 avril 2007 avait laissé des séquelles, en tout cas du point de vue somatique, la question d'une possible relation de causalité entre d'éventuels troubles psychiques et cet accident devant cependant encore être examinée.

Enfin, l'assuré était tout à fait capable de travailler comme employé d'aéroport, ce dont il avait fait la preuve pendant près de six mois. À cet égard, si l'incapacité de travail qui avait été reconnue le 26 mars 2008 pouvait se concevoir du point de vue médical, elle ne pouvait être rapportée directement aux conséquences des accidents assurés. Pour le reste, le praticien estimait l'atteinte à l'intégrité, inchangée, à 20%.

17. Par décision du 26 juin 2008, l'assureur a mis fin, avec effet au 25 mars précédent, au paiement des soins médicaux, sous réserve des AINS, de consultations médicales isolées et de quelques séances annuelles de physiothérapie, et des indemnités journalières engendrés par les accidents des 7 janvier 2003 et 22 avril 2007. Il a en outre alloué à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 21'360 fr.
18. Dans le rapport médical qu'il a établi le 23 juillet 2008, le docteur P\_\_\_\_\_ a exposé que le diagnostic était inchangé au niveau lombaire, avec ré-exacerbation douloureuse aiguë itérative et décompensation psychologique fluctuante. L'évolution de l'état de santé de son patient était également fluctuante, plutôt en fonction de sa situation psychosociale et de l'insécurité liée à son avenir ; le dos était globalement inchangé, avec quelques limitations fonctionnelles sur des postures prolongées. Pour le surplus, l'assuré s'était trouvé en totale incapacité de travail du 26 mars au 31 mai 2008, et sa capacité de travail était entière depuis le 1<sup>er</sup> juin suivant.
19. Par courriel du 13 août 2008, confirmé le 29 août et complété le 30 septembre suivants, l'assuré a notamment déclaré s'opposer à ladite décision et conclure à son annulation.
20. Par lettre adressée à l'assuré le 8 octobre 2008, le docteur V\_\_\_\_\_ a attesté que s'était alors installée une lombalgie chronique avec rechute d'accident le 22 avril 2007. Dans ce contexte, il était logique d'attendre la poursuite d'un traitement d'entretien par un physiothérapeute, comme il est d'usage. D'autre part, les conséquences de cette lombalgie chronique nécessitaient de l'assuré qu'il entretînt une activité où alternaient les positions. Le poste de maître de sport lui convenait le mieux, à la fois pour son activité sociale et pour l'aider à se traiter. Sa pathologie chronique le limitait malgré toute la bonne volonté à dix-sept cours hebdomadaires.
21. Par décision du 21 octobre 2008, notifiée le lendemain, l'assureur a rejeté l'opposition du 13 août précédent et confirmé la décision querellée.

En substance, il fait valoir qu'au vu des rapports d'examen établis les 31 janvier 2007 et 28 mai 2008 par le docteur R\_\_\_\_\_, l'état de santé de l'assuré était

stabilisé, sous réserve d'un traitement d'entretien comprenant la prise d'AINS, des consultations médicales isolées et de la physiothérapie. Aussi fallait-il admettre qu'il n'existait pas de proposition thérapeutique spécifique, propre à améliorer notablement les séquelles accidentelles. C'était donc à bon droit qu'il avait mis un terme au paiement des frais médicaux et au service de l'indemnité journalière dès le 25 mars 2008.

D'autre part, il ressortait non seulement de la bonne évolution observée durant la prise en charge au sein des ateliers professionnels, mais aussi des performances réalisées durant les tests fonctionnels que le patient avait une capacité de travail totale dans la profession d'employé d'aéroport à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2007. La profession de maître de sport n'était en revanche plus adaptée compte tenu des problèmes rachidiens importants.

L'assureur en concluait que, compte tenu de l'obligation de l'intéressé de limiter le dommage, il était en droit de considérer comme exigible l'exercice de la profession d'employé d'aéroport à pleins temps et rendement. Les facteurs non orthopédiques liés à la personnalité complexe de l'assuré et les facteurs psychosociaux qui pesaient sur la situation ne pouvaient engager sa responsabilité, de sorte que l'argumentation selon laquelle le fait de travailler pour une compagnie aérienne générait une tension nerveuse que l'assuré n'était pas en mesure de supporter n'y changeait rien.

22. Par acte de recours adressé au Tribunal de céans le 21 novembre 2008 et complété le 31 août 2009, l'assuré a déclaré conclure, avec suite de frais et dépens, à ce que la décision du 21 octobre précédent soit annulée en tant qu'elle met fin au paiement des soins médicaux avec effet au 25 mars 2008, à ce qu'il soit dit que le paiement desdits soins se poursuivra jusqu'à stabilisation complète de son état de santé à dire de médecin, et à ce que l'assureur soit condamné à lui verser les prestations d'assurance, en particulier les indemnités journalières pour la période d'incapacité complète de travail qui s'étendait du 26 mars au 31 mai 2008 ; il conclut en outre à ce qu'une rente d'invalidité fondée sur une diminution de rendement de 30% à compter du 1<sup>er</sup> juin suivant lui soit allouée.

À l'appui de ses conclusions, le recourant fait notamment valoir qu'au vu de la lettre du docteur V\_\_\_\_\_ datée du 8 octobre 2008, il ne pouvait se contenter de la formulation contenue dans la décision du 26 juin 2008, selon laquelle l'intimée continuerait à prendre en charges « quelques séances annuelles de physiothérapie ».

D'autre part, l'incapacité de travail du 26 mars au 31 mai 2008 était en lien direct avec le sinistre en cause, comme l'attestait le rapport médical établi le 23 juillet 2008 par le docteur P\_\_\_\_\_. Alors qu'il avait perdu son emploi le 30 avril précédent, il n'avait pas perçu d'indemnités de chômage pour le mois de mai 2008, de sorte qu'il devait être fait droit aux conclusions en paiement des indemnités

journalières relatives à cette incapacité de travail, déjà formulées dans l'acte d'opposition et sur lesquelles l'assureur avait omis de statuer.

D'autre part encore, le poste qu'il occupait chez l'employeur n'était pas adapté à son état médical, dans la mesure où il impliquait des stations assises ou debout prolongées, de même qu'une résistance à la tension nerveuse qu'il ne possédait plus depuis ses accidents ; pire, la tension nerveuse subie dans ce travail avait engendré des inflammations dorsales. Pour cette raison, il avait repris, à raison de dix-sept cours par semaine, l'activité de professeur de gymnastique qu'il exerçait avant l'accident à raison de vingt-cinq cours par semaine. Dans la mesure où il exerçait désormais l'activité professionnelle la mieux adaptée à son état de santé, il avait droit à une rente du fait des limitations de rendement constatées par le docteur V\_\_\_\_\_.

23. Par lettre adressée au Tribunal le 19 décembre 2008, l'intimée a déclaré conclure au rejet du recours. Ses arguments seront repris plus avant dans la mesure utile.
24. Par pli du 28 janvier 2009, le recourant a confirmé ses conclusions et sollicité l'audition du docteur V\_\_\_\_\_ en qualité de témoin.

Annexé à sa lettre, il a produit un certificat établi le 24 novembre 2008 par ce praticien, dont il ressort notamment que, depuis l'accident du 7 janvier 2003, l'assuré présentait ce que l'on peut communément appeler une lombalgie chronique. Il avait été opéré quatre fois et, après spondylodèse et séquelle d'axonotmèse du sciatique gauche, il présentait une baisse de la mobilité lombaire. Pour lui, l'activité de moniteur de gymnastique semblait la plus adaptée et même thérapeutique, et l'activité d'employé d'aéroport était trop sédentaire et génératrice de douleurs, donc inadaptée. Selon le docteur V\_\_\_\_\_, l'activité du recourant semblait dans tous les cas limitée à 50% et il avait besoin d'un suivi médical, de traitement antalgique et de séances de physiothérapie.

25. À l'audience de comparution personnelle des parties du 24 février 2009, le recourant a notamment précisé qu'en novembre 2007, il s'était trouvé en incapacité de travail en raison de l'augmentation des lombalgies causée par les tâches qui lui étaient confiées. Depuis l'été 2008, il exerçait l'activité d'instructeur dans différents centres de culture physique, à raison de dix-sept heures par semaine environ. À cet égard, il n'était pas exact de dire que la reprise d'une telle activité était médicalement contre-indiquée ; certains mouvements, tels le port de charge, était déconseillé, mais la musculation du dos était bénéfique, et elle avait porté ses fruits même si le temps d'activité possible était plus court qu'auparavant.

Le recourant a en outre précisé qu'il souhaitait s'orienter vers des disciplines plus douces, telles que le yoga ou la gymnastique aquatique, qui supposaient toutefois des formations spécifiques coûteuses. Pour le surplus, les emplois administratifs évoqués par l'assureur étaient contre-indiqués dans la mesure où ils supposaient la

station assise permanente, ce qu'attestait un certificat établi le 28 mars 2008 par le docteur V\_\_\_\_\_ dont copie était versée à la procédure.

Pour sa part, l'intimée a notamment exposé que les certificats médicaux produits par le recourant attestaient certes la nécessité pour lui d'entraîner son dos pour maintenir un bon état de santé, mais non le fait qu'il en résultât que le métier d'instructeur fût indiqué, ce qui n'était pas le cas. Pour le reste, il était possible qu'au vu des pathologies multiples présentées par le recourant, la situation ait évolué dans le sens qu'il devait désormais pouvoir alterner les positions ; le médecin-conseil avait cependant attesté, dans un avis du 28 mai 2008, qu'il pouvait demeurer longtemps assis. Enfin, l'intimée a fait valoir que les discopathies notamment n'étaient pas de son ressort.

26. À l'audience d'enquêtes du 21 avril 2009, les docteurs V\_\_\_\_\_ et R\_\_\_\_\_ ont été entendus en qualité de témoins.

Le docteur V\_\_\_\_\_ a en substance déclaré que, compte tenu des lombalgies chroniques dont son patient souffrait et de ses nombreux antécédents, les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : port de charges supérieures à dix kilogrammes et station debout ou assise prolongées, une station debout d'une heure étant déjà excessive. À la question de savoir s'il encourageait et soutenait la décision de son patient de persévérer dans l'activité de moniteur de gymnastique, le praticien a répondu par l'affirmative ; le recourant avait une bonne expérience dans ce domaine, et l'activité salariée sédentaire qu'il avait eu l'occasion d'exercer lui avait moins bien convenu. En raison de sa pathologie, il avait besoin d'entraînement musculaire, ce que le métier de moniteur lui permettait de réaliser régulièrement ; il était en bien meilleure condition quand il exerçait ce métier que lorsqu'il exerçait le précédent. Il exerçait l'activité de moniteur à 50% et il était conscient qu'il devait développer cette activité dans des disciplines dites douces ; s'il se consacrait à de telles disciplines, il pourrait effectivement augmenter sa capacité de travail, qui atteindrait 80 à 100%. Moyennant une à deux séries de neuf séances de physiothérapie par année, la capacité de travail serait entière dans ce contexte.

Pour sa part, le docteur R\_\_\_\_\_ a en substance déclaré qu'il était globalement d'accord avec les limitations fonctionnelles décrites par son confrère ; si la station debout fixe n'était effectivement guère possible, une station debout avec déplacements l'était. Pour le reste, la profession de moniteur de gymnastique n'était pas exigible du recourant, mais s'il était motivé et avait du plaisir à l'exercer, sa démarche pouvait être soutenue, même s'il ne s'agissait pas d'une activité idéale et malgré les différentes opérations qu'il avait subies. Enfin, si le recourant développait son activité dans les disciplines douces, sa capacité de travail serait entière.

27. À l'audience de comparution personnelle du même jour, les parties ont procédé à un échange de vues au terme duquel une transaction a été envisagée.

28. Par lettre du 10 juillet 2009, l'intimée a informé le Tribunal qu'elle n'était finalement pas disposée à transiger. Des délais ont été impartis aux parties pour se déterminer au terme des enquêtes.
29. Par lettre du 31 août 2009, le recourant a confirmé ses prétentions. En substance, il fait valoir que, selon la lettre du docteur V\_\_\_\_\_ du 8 octobre 2008, précisée par un certificat médical du 7 août 2009, deux séances mensuelles de physiothérapie étaient toujours nécessaires. D'autre part, l'intimée se fondait sur le rapport établi le 31 janvier 2007 par le docteur R\_\_\_\_\_ pour nier implicitement la rechute survenue du 26 mars au 31 mai 2008, sans toutefois contester le contenu du rapport médical intermédiaire établi le 23 juillet 2008 par le docteur P\_\_\_\_\_. Le docteur R\_\_\_\_\_ n'ayant pas été questionné par l'intimée sur ce point à l'audience du 21 avril 2009, force était d'admettre que le rapport du docteur P\_\_\_\_\_ faisait foi.

Pour le surplus, il ressortait des témoignages concordants des docteurs V\_\_\_\_\_ et R\_\_\_\_\_ qu'en l'état, il ne travaillait pas pleinement en qualité de moniteur, sa capacité de travail étant de 50% selon le premier de ces praticiens ; sa capacité de travail pouvait être augmentée s'il se tournait vers l'enseignement de disciplines douces et ce, jusqu'à 80 ou 100% selon les avis. Partant, son rendement n'était, en tout état de cause, pas complet depuis la fin de son incapacité totale de travail, ce qui ouvrait un droit à la rente d'invalidité de l'assurance-accidents. L'intimée se fondait sur le revenu qu'il pourrait se procurer en tant qu'employé d'aéroport pour nier ce droit ; or, l'instruction de la cause avait établi que l'activité d'employé d'aéroport n'était plus exigible de lui, notamment au regard des limitations fonctionnelles admises par les deux médecins entendus. Il y avait donc lieu d'admettre que, dans son activité actuelle, tant que la reconversion professionnelle n'aurait pas été opérée, son rendement serait réduit de 30%.

30. Par lettre du 8 septembre 2009, l'intimée a également confirmé ses conclusions. En substance, elle expose que les médecins entendus en qualité de témoins admettaient tous deux que le recourant présentait des limitations fonctionnelles qui lui interdisaient le port de lourdes charges et le maintien de la station debout fixe ou assise prolongée ; ils admettaient également que l'activité de maître de gymnastique n'était plus adaptée à son état de santé ; par contre, dans des activités plus douces, la capacité de travail pouvait être évaluée à 100%.

Cela étant, le coût d'une formation en vue d'être autorisé à enseigner de telles activités ne faisait pas partie du catalogue des prestations définies par la loi, de sorte qu'il convenait d'évaluer le taux d'invalidité en l'état, sur la base des statistiques salariales. En tenant compte des circonstances personnelles du recourant, la comparaison entre le revenu que celui-ci pourrait obtenir en exerçant l'activité qui pouvait raisonnablement être exigée de lui et le revenu qu'il aurait pu obtenir sans les limitations fonctionnelles constatées aboutissait à la détermination d'un degré d'invalidité.

dité de 5% au maximum. Ce degré d'invalidité n'atteignait pas le minimum requis par la loi pour ouvrir droit à une rente d'invalidité.

31. Sur quoi la cause a été gardée à juger, ce dont les parties ont été informées par lettres du 11 septembre 2009.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 56V al. 1<sup>er</sup> let. a ch. 5 de la loi genevoise du 22 novembre 1941 sur l'organisation judiciaire (RSGe E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) qui sont relatives à la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accident (LAA ; RS 832.20).

2. Les dispositions de la LPGA, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, s'appliquent à la présente cause.

Il sied ici de relever que les dispositions contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi, de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant son entrée en vigueur ; il n'en découle aucune modification de principes, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (cf. ATF 130 V 345 consid. 3).

3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 38 et 56 ss LPGA), le recours déposé à l'office postal le 21 novembre 2008 conformément à l'art. 39 al. 1<sup>er</sup> LPGA est recevable.
4. Le litige porte sur le droit du recourant à la prise en charge par l'intimée des frais médicaux jusqu'à complète stabilisation de son état de santé, au versement d'indemnités journalières du 26 mars au 31 mai 2008 et d'une rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> juin 2008.
5. Selon l'art. 10 al. 1<sup>er</sup> let. a LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, notamment au traitement ambulatoire dispensé par le médecin ou, sur sa prescription, par le personnel paramédical ainsi que, par la suite, par le chiropraticien.

De jurisprudence constante, le droit au traitement médical existe aussi longtemps qu'on peut en attendre une amélioration sensible de l'état de santé de l'assuré (ATF 116 V 44 consid. 2c ; ATFA du 23 mars 2000 non publié au Recueil officiel, U 378/99, consid. 3a et les références ; cf. art. 19 al. 1<sup>er</sup> LAA, *a contrario*).

D'autre part, l'art. 16 al. 1<sup>er</sup> LAA prévoit que l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière.

Le droit au versement d'une telle indemnité suppose, cumulativement, l'existence d'un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références) et d'un rapport de causalité adéquate (ATF 123 V 103 consid. 3d, 139 consid. 3c, 122 V 416 consid. 2a et les références) entre l'atteinte à la santé et l'événement assuré.

De manière générale, le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; ATF du 22 octobre 2008 en la cause 8C\_628/2007). Il en va de même pour ce qui concerne les rechutes et séquelles tardives (ATF 118 V 296 consid. 2c et les références ; RAMA 1994 n. U 206 p. 327 consid. 2 ; ATFA du 18 novembre 2005, U 80/05).

Il sied encore de préciser que l'aggravation significative et donc durable d'une affection dégénérative préexistante de la colonne vertébrale par suite d'un accident est prouvée seulement lorsque la radioscopie met en évidence un tassement subit des vertèbres, ainsi que l'apparition ou l'agrandissement de lésions après un traumatisme (RAMA 2000 n. U 363, p. 46 consid. 3a et les références). En ce qui concerne plus particulièrement la hernie discale, il y a lieu de rappeler que, selon l'expérience médicale, pratiquement toutes les hernies discales s'insèrent dans un contexte d'altération des disques intervertébraux d'origine dégénérative, un événement accidentel n'apparaissant qu'exceptionnellement et pour autant que certaines conditions particulières soient remplies (RAMA 2000 n. U 378, p. 190).

Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte la santé. Il faut que, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, l'accident soit propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et la référence ; ATF du 22 octobre 2008 précité), au point que le dommage puisse encore équitablement être mis à la charge de l'assurance-accidents eu égard aux objectifs poursuivis par la LAA (cf. ATF 123 V 98 consid. 3 et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (cf. ATF 118 V 291 consid. 3a, 117 V 364 consid. 5d/bb et les référence).

En l'espèce, il apparaît que les avis médicaux recueillis depuis l'accident du 7 janvier 2003, dont il n'y a pas lieu de s'écarter, s'accordent sur l'existence, chez le recourant, de troubles somatiques et d'une composante psychique et psycho-sociale importante.

Selon les rapports établis par les docteurs L\_\_\_\_\_, N\_\_\_\_\_, P\_\_\_\_\_, Q\_\_\_\_\_, R\_\_\_\_\_, S\_\_\_\_\_ et T\_\_\_\_\_ notamment, les troubles du rachis constatés après l'accident ont récidivé à plusieurs reprises, de sorte que le recourant a dû se soumettre à des interventions chirurgicales successives, la dernière ayant été réalisée le 11 avril 2006. En particulier, si la pose de fixations rigide en L4-L5 et semi-rigide en L3-L4 a permis de mettre un terme aux récurrences constatées, elle a naturellement entraîné une raideur de ce segment du rachis et, partant, quelques limitations fonctionnelles en cas de postures prolongées.

Force est cependant de constater que, suite au séjour du recourant à la CRR, du 22 novembre au 19 décembre 2006, les médecins consultés ont attesté une pleine capacité de travail en qualité d'employé d'aéroport à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2007 et une stabilisation de son état de santé dès le 31 janvier suivant, sous réserve d'un traitement d'entretien, de consultations médicales isolées et de physiothérapie. Le recourant était alors en bonne forme ; il avait retrouvé une bonne musculature et la mobilisation du rachis s'effectuait librement. Sa mobilité était globalement conservée malgré une raideur du segment lombaire, les changements de position s'effectuaient sans difficulté, et la station assise prolongée pouvait être soutenue sans problème. Il n'y avait pas de déficit neurologique significatif aux membres inférieurs, même si une discrète atteinte séquellaire L5 gauche pouvait être évoquée du point de vue électro-physiologique.

Cette appréciation médicale a été confirmée par le fait qu'à partir du 11 juin 2007, soit un peu moins de deux mois après l'accident de la circulation dont il avait été la

victime, accident qui avait légèrement aggravé le tableau clinique, le recourant à pu, à plein temps, exercer sans mal l'activité d'employé d'aéroport pendant plus de cinq mois. Par la suite, le traitement de la vive douleur ressentie le 29 novembre 2007 a mis en évidence l'évolution de troubles dégénératifs et rendu nécessaire un arrêt de travail complet d'une douzaine de jours. Les rapports médicaux établis par le docteur R\_\_\_\_\_ les 31 janvier 2007 et 28 mai 2008, globalement superposables, montrent cependant que le diagnostic était demeuré inchangé au niveau lombaire entre ces deux dates, ce que le rapport établi le 23 juillet 2008 par le physiothérapeute traitant du recourant, le docteur P\_\_\_\_\_, confirme sans équivoque.

Il apparaît dès lors que l'incapacité totale de travail attestée du 26 mars au 31 mai 2008 par le docteur V\_\_\_\_\_, soit une semaine après que l'employeur eût déclaré résilier les rapports de travail, est très vraisemblablement étrangère aux troubles somatiques évoqués plus haut. Sur ce point, il convient de relever, d'une part, que ce praticien n'a fourni aucune explication au cours des enquêtes et que, d'autre part, contrairement à ce que prétend le recourant, le docteur P\_\_\_\_\_ n'a nullement attesté que ladite incapacité fût en lien direct avec le sinistre en cause. À lire le rapport que ce médecin a dressé le 23 juillet 2008, il apparaît sans ambiguïté que l'incapacité de travail dont la prise en charge est réclamée était, en présence d'un diagnostic inchangé au niveau lombaire, à mettre sur le compte des fluctuations de l'état de santé du recourant, lesquelles étaient essentiellement tributaires de sa situation psychosociale.

Au vu de ce qui précède, il s'impose de retenir que les troubles somatiques engendrés par l'accident du 7 janvier 2003 étaient stabilisés le 31 janvier 2007 au plus tard, que rien n'indique que l'incapacité de travail attestée du 26 mars au 31 mai 2008 ou les troubles psychiques diagnostiqués aient été d'une quelconque manière causés par ce fâcheux événement ou par ses suites, et que l'accident du 22 avril 2007 n'a pas eu de conséquences objectivables.

En conséquence, l'intimée était fondée à nier, à compter du 26 mars 2008, le droit du recourant à la prise en charge des soins médicaux prodigués, sous réserve des AINS, de consultations médicales isolées et de quelques séances annuelles de physiothérapie, ainsi qu'au versement d'une indemnité journalière.

6. Selon l'art. 18 al. 1<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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).

L'art. 19 al. 1<sup>er</sup>, première phrase LAA précise à cet égard que 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.

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 d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 75 consid. 3b). 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 ou catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Un abattement global maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 75 consid. 5).

Le revenu sans invalidité se détermine d'autre 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).

Enfin, le Tribunal fédéral a eu l'occasion de préciser, dans un arrêt du 19 décembre 2003 (ATF 130 V 121), que le résultat exact du calcul du degré d'invalidité doit être arrondi au chiffre en pour cent supérieur ou inférieur selon les règles applicables en mathématiques.

En l'espèce, le salaire auquel pouvaient prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé était de 4'732 fr. par mois en 2006 (tableau TA1, niveau de qualification 4), soit 4'814 fr. 20 en 2007 en raison de l'évolution des salaires nominaux (indice 2006 : 2'014 ; indice 2007 : 2'049). Ce salaire hypothétique tient compte d'un large éventail d'activités légères existant sur le marché du travail, qui ne nécessitent pas de formation particulière, dont un nombre suffisant intègre les quelques limitations fonctionnelles du recourant, et représente, étant donné que les salaires bruts standardisés sont fondés sur un horaire de travail de quarante heures par semaine, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2007 (41.7 heures), un revenu de 5'018 fr. 80 par mois ( $4'814.20 \times 41.7 \div 40$ ), ou 60'225 fr. 60 par année ( $5'018.80 \times 12$ ).

Selon le résultat des démarches effectuées par l'assureur dans le domaine d'activité favori du recourant, celui-ci pouvait prétendre, sans invalidité, au versement d'un salaire annuel brut de 58'492 fr. ( $[70'850 + 51'600 + 54'000 + 54'000 + 62'010] \div 5$ ) ou, dans le domaine aéroportuaire où il a effectivement œuvré, au versement d'un salaire annuel brut de 62'400 fr. ( $4'800 \times 13$ ).

Il résulte, de la comparaison des revenus ainsi déterminés, en ne retenant que ceux qui sont le plus favorable au recourant, un taux d'invalidité de 3.48% ( $[(62'400 - 60'225.60) \div 62'400 \times 100]$ ), arrondi à 3%.

Ce taux étant insuffisant pour ouvrir le droit au versement d'une rente d'invalidité de l'assurance-accident, c'est également à bon droit que l'intimée a refusé le versement de cette prestation.

7. Pour le surplus, le recourant n'ayant pas obtenu gain de cause, il ne peut prétendre à l'octroi de frais et de dépens (art. 61 let. g LPGA, *a contrario*).

**PAR CES MOTIFS,  
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties 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 du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (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

Irène PONCET

Isabelle DUBOIS

Le secrétaire-juriste :            Olivier TSCHERRIG

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