RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4587/2019 **ATAS/60/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 2 février 2021

15ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à COLLONGE-BELLERIVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Marc MATHEY-DORET	recourant

contre

SWICA ASSURANCES SA, sise Römerstrasse 37, WINTERTHUR, représentée par Swica assurances SA, boulevard de Grancy 39, LAUSANNE	intimée

Siégeant : Marine WYSSENBACH, Présidente; Anny FAVRE et Christine TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1968, a travaillé depuis 2005 en tant qu'animateur socio-culturel à 90 % pour la Fondation B_____(ci-après : l'employeur) et était, à ce titre, assuré contre le risque d'accidents, professionnels et non professionnels, auprès de Swica assurances SA (ci-après : l'assureur). Son salaire était fixé à CHF 97'324.50 par an, 13ème salaire compris.

2. Le 20 février 2011, l'assuré a été victime d'une chute à ski avec pour conséquences une luxation acromio-claviculaire droite, une fracture cervicale de C6, une fracture de l'apophyse épineuse de D3, une fracture du corps du sternum et une contusion costale droite.

3. Il a été hospitalisé dans l'unité de rééducation orthopédique de Beau-Séjour à Genève du 24 février au 17 mars 2011.

4. L'assuré, en incapacité de travail totale à la suite de cet accident, a vu ses frais couverts par l'assureur et a perçu des indemnités journalières.

5. L'assuré, qui souffrait, en sus de cervicalgies (M54.2), d'un trouble dépressif récurrent, épisode sévère (F33.2) lié à l'évolution très lente de son état de santé après son accident, a été hospitalisé à la Clinique de Montana du 17 août au 7 septembre 2011.

6. L'assuré a repris le travail à 50 % (de 90 %) à la mi-janvier 2012, mais était tenu - selon son médecin - d'éviter les mouvements brusques et les activités sportives ainsi que les contacts brusques avec les mineurs, à 70 % de (90 %) dès le 18 novembre 2012 puis à nouveau à 50 % dès le 1er décembre 2012.

7. Considérant que l'épisode dépressif sévère (en rémission totale en décembre 2011) et les hernies discales (découvertes lors d'examens consécutifs à l'accident mais mises en lien avec un état antérieur asymptomatique) n'étaient pas en lien avec l'accident et que la rémission des lésions causales constatées était pour sa part estimée à quatre mois après le traumatisme, l'assureur a mis fin aux prestations d'assurance, avec effet au 30 avril 2012 (décision du 6 juin 2012). Il se fondait à cet égard sur une expertise réalisée à sa demande par la Clinique Corela.

8. Le 5 juillet 2012, l'assuré a formé opposition à la décision précitée au motif que le *statu quo sine* n'était pas atteint, l'atteinte radiculaire C6 droite était responsable de sa symptomatologie invalidante et non pas les hernies discales préexistantes selon le docteur C_____, neurochirurgien, dans son rapport du 15 juin 2012.

9. L'assuré a fait parvenir un certificat médical du 2 août 2011, établi par le docteur D_____, lequel évoquait sur la base d'un examen IRM des troubles dégénératifs multi-étagés avec hernie discale droite C3-C4, débord discal C5-C6 et hernie discale gauche C6-C7, un œdème des plateaux avec un disque assez dégénératif en C5-C6 au niveau de la fracture de l'apophyse articulaire C6 droite. L'examen clinique relevait des douleurs importantes, une mobilité de la nuque quasi inexistante ainsi qu'un déficit de la sensibilité sur le pouce à droite, sans perte de

force bicipitale ou tricipitale. En janvier 2012, le Dr D_____ a relaté de nouveau des cervicalgies importantes. Les radiographies cervicales en flexion/extension ne montraient pas d'instabilité. Des radiographies faites le 4 avril 2012 ne décrivaient pas d'instabilité rachidienne en C5-C6.

10. L'opposition ayant été rejetée et la décision maintenue (le 16 novembre 2012), l'assuré a sollicité une expertise neutre (le 7 janvier 2013), ce sur quoi l'assureur est entré en matière.

11. D'entente entre les parties, l'expertise a été confiée au docteur E_____.

12. L'assuré a été opéré par le Dr C_____ le 8 novembre 2013 et a constaté une nette amélioration dans les rotations de la tête et des douleurs.

13. Dans deux rapports datés du 3 avril 2014, l'expert E_____ a retenu une causalité naturelle entre l'accident et la contusion de la racine droite, la fracture de l'apophyse articulaire C6 droite, la fracture de l'épineuse D3, la fracture du corps du sternum et la fracture de la 10ème côte. Il a estimé la capacité de travail à 50 % avec un rendement de 90 % (au jour de l'expertise), à 70 % le mois suivant et à la reprise à 90 % deux mois après l'expertise. Les activités avec port de charges et porte-à-faux cervical devaient être évitées pendant quelques semaines, mais aucune limitation ne devait exister à terme. Le but à terme était d'atteindre un taux d'occupation à 90 % avec un rendement de 90 % sans limitation. Devant l'excellente évolution observée et les contrôles radiologiques rassurants, il ne devait pas exister d'atteinte séquellaire significative. La séquelle la plus probable était la persistance d'une hypoesthésie dans une topographie radiculaire C6 droite qui pouvait être évaluée à une atteinte à l'intégrité entre 1 et 3 %. Aux questions posées par le conseil de l'assuré, l'expert a indiqué dans l'un de ses deux rapports du 8 avril 2014 que la capacité de travail exigible était de 100 %, en taux et en rendement, dans une activité où le patient ne soulèverait pas de charges, ne serait soumis à aucun porte-à-faux cervical, ne subirait pas de vibration et ne serait exposé à aucun contact physique potentiel. Sans l'accident, la contusion de la racine C6 droite et la fracture de l'apophyse articulaire de C6 droite ne seraient jamais survenues. L'état cervical dégénératif des discopathies multi-étagées avec hernie discale C3-C4, débord discal C5-C6 et hernie discale gauche C6-C7 était indépendant de l'accident, il s'agissait d'un état antérieur qui possiblement aurait pu se manifester de manière symptomatique, y compris sans l'accident du 20 février 2011. S'agissant des incapacités de travail, il résultait du dossier qu'en raison de l'accident, l'assuré avait été en incapacité totale pendant onze mois, à 50 % pendant les trois mois suivants et à 30 % depuis avril 2012, puis à nouveau à 100 % depuis le 8 novembre 2013, en raison de l'intervention chirurgicale. L'expert a répété les taux progressifs de reprise d'activité et précisé qu'aucun facteur étranger à l'accident ne jouait de rôle dans la limitation de la capacité de travail de l'assuré.

14. Le 21 août 2014, l'assureur, jugeant que les réponses du Dr E_____ n'étaient pas toutes cohérentes entre elles, s'est adressé au docteur F_____ pour un avis sur les rapports dudit médecin et l'expertise rendue par le passé par la Clinique Corela (qui fixait le *statu quo sine* au 4 juillet 2011).

15. Le 14 novembre 2014, le Dr F_____ s'est prononcé en faveur du *statu quo sine* au 4 juillet 2011, faute d'instabilité rachidienne au niveau C5-C6. Les autres atteintes et les compressions en résultant étaient d'origine dégénérative selon ce praticien.

16. Le 2 décembre 2014, l'assureur a indiqué à l'assuré qu'il maintiendrait par une décision formelle subséquente sa décision du 6 juin 2012, par laquelle il mettait fin à ses prestations au 30 avril 2012, en se fondant sur l'avis du Dr F_____ qui rejoignait les conclusions de l'expertise de la Clinique Corela.

17. Le 11 mars 2015, compte tenu de la contestation par l'assuré de l'avis médical du Dr F_____, l'assureur a à nouveau sollicité ce dernier pour obtenir son avis sur les deux rapports du Dr E_____.

18. Le 25 mars 2015, l'assureur a rendu une décision sur opposition conforme à sa décision du 6 juin 2012.

19. Par acte du 11 mai 2015, l'assuré a recouru contre la décision sur opposition devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : CJCAS), en concluant à l'annulation de la décision contestée, sous suite de frais et dépens, la condamnation de l'assureur à lui allouer les prestations dues et au renvoi de la cause à l'assureur pour complément d'instruction médicale quant aux prestations futures. Il contestait la valeur probante de l'avis du Dr F_____ et la prise en compte du rapport de la Clinique Corela dans la mesure où l'assureur avait reconnu que ce rapport n'était pas concluant et admis la nécessité de procéder à une expertise (celle du Dr E_____).

20. L'assureur a conclu au rejet du recours en reprenant la teneur de sa décision sur opposition. Les rapports du Dr E_____ ne pouvaient se voir reconnaître de valeur probante en raison de l'absence d'anamnèse familiale et d'une anamnèse socioprofessionnelle trop succincte, de l'absence de mention des antécédents personnels et du fait que plusieurs diagnostics avaient été retenus dans le rapport à l'attention du recourant, contre un seul dans le rapport adressé à l'intimée. L'expert ne s'était pas prononcé sur la relation de causalité entre chacun des diagnostics retenus et l'accident, n'avait pas expliqué pour quelles raisons il considérait que les troubles découlaient de l'accident, avait nié la présence d'un état préexistant dans le rapport adressé à l'intimée tout en parlant d'un état antérieur dans celui transmis au recourant et avait confondu les termes *statu quo sine* et *statu quo ante*.

21. Par écriture du 19 août 2015, le recourant a rappelé que le Dr E_____ avait clairement expliqué l'existence d'une relation de causalité certaine entre l'accident et les troubles neurochirurgicaux, en particulier la contusion de la racine C6 droite.

22. Interrogé par la chambre de céans dans cette précédente procédure, le Dr E_____ a exposé, par pli du 11 janvier 2016, notamment que la fracture de l'apophyse articulaire C6 à droite était une fracture vertébrale, soit une lésion corporelle assimilée. Cette fracture avait évolué favorablement, puisque le scanner du 18 mai 2011 montrait une consolidation partielle et que le rapport du Dr D_____ du 11 janvier 2012 évoquait des clichés réalisés le 4 avril 2012, sur lesquels il n'existait pas d'instabilité. Il avait retenu le diagnostic de contusion de la racine C6 droite post-traumatique en raison de la douleur irradiant dans une topographie radiculaire mais également face à la présence de paresthésies qui témoignaient d'une irritation radiculaire. La contusion de la racine C6 était secondaire à la fracture de la facette articulaire de C6 car celle-ci avait provoqué un conflit direct avec, lors du déplacement osseux et de la petite suffusion hémorragique y associée, une compression de la racine C6. L'état cervical dégénératif, la discopathie C3-C4, C5-C6 et C6-C7 ainsi que la petite hernie discale à gauche en C6-C7 constituaient un état antérieur. La lésion C5-C6 radiculaire et du massif articulaire ne pouvait être considérée comme une aggravation de l'état de santé préexistant sur ce niveau puisqu'il n'y avait en C5-C6 ni atteinte radiculaire avant l'accident, ni fracture vertébrale. La contusion de la racine et la fracture du massif articulaire étaient, sans doute possible, à retenir en tant que cause unique des troubles neurochirurgicaux. Le *statu quo ante* ne serait vraisemblablement jamais atteint, le recourant gardait des douleurs cervicales et des paresthésies à hauteur du pouce droit qui étaient des séquelles durables, puisque plus de quatre ans s'étaient écoulés depuis l'accident et il était peu probable qu'une amélioration soit observée. Le *statu quo ante* n'était donc pas atteignable. L'expert n'était pas d'accord avec les conclusions du Dr F_____ selon lesquelles l'accident ne jouerait plus de rôle depuis le 4 juillet 2011 s'agissant des troubles du rachis cervical. Selon l'expert, compte tenu de la démonstration claire d'une fracture articulaire et du résultat de l'IRM du 4 juillet 2011, qui montrait toujours un œdème sur le site de la fracture, il semblait un peu optimiste d'affirmer qu'en date du 4 juillet 2011, l'accident ne jouait plus de rôle. La durée de consolidation d'une fracture était en effet au minimum de six mois à un an.

23. Par écriture du 27 janvier 2016, le recourant a persisté dans ses conclusions.

24. Le 1er mars 2016, l'intimée en a fait de même, relevant que le Dr E_____ admettait qu'il n'existait pas d'instabilité rachidienne et produisant un nouvel avis émis par le Dr F_____ le 9 février 2016 selon lequel le *statu quo sine* était acquis au 4 juillet 2011 sur la base d'éléments objectifs, soit la consolidation de la fracture et l'absence d'instabilité, d'une part, sur le fait qu'il existait un état dégénératif multi-étagé (à l'étage C6-C7, C5-C6 et C3-C4), une importante sténose du canal rachidien, une saillie disco-ostéophytaire postérieure C5-C6, associée à une importante diminution de la taille du canal latéral droit, d'autre part. Vu ces lésions antérieures à l'événement et l'absence d'instabilité, la causalité naturelle avec l'accident, s'agissant de la symptomatologie C6, était tout au plus possible.

25. Par arrêt du 12 mai 2016 (ATAS/372/2016), la CJCAS a admis le recours, considérant que l'accident du 20 février 2011 avait causé une contusion radiculaire C6 droite, entraînant une incapacité de travail et nécessitant des traitements. Par ailleurs, le *statu quo sine vel ante* n'était pas encore atteint au moment où le Dr E_____ avait réalisé son examen, soit le 6 mars 2014. L'intimée avait à tort retenu un *statu quo sine* au 4 juillet 2011 s'agissant de l'atteinte au rachis cervical et mis fin au versement des prestations avec effet au 30 avril 2012. La décision litigieuse était annulée, le recourant avait droit à la reprise du versement des prestations légales à compter du 1er mai 2012 et la cause était renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire sur le droit aux prestations du recourant pour la période postérieure au 6 mars 2014. Cet arrêt est entré en force.

26. Par décision du 7 octobre 2016, l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI) a rendu un projet d'acceptation de rente en faveur de l'assuré qui en avait fait la demande, à raison d'un quart de rente fondé sur un degré d'invalidité de 45 % du 1er mai au 30 novembre 2012 et sur un degré d'invalidité de 40 % du 1er décembre 2012 au 30 novembre 2013, une rente entière (invalidité de 100 %) du 1er décembre 2013 au 31 mars 2014, un quart de rente basé sur un degré d'invalidité de 40 % du 1er avril 2014 au 28 février 2015 et une pleine rente dès le 1er mars 2015.

27. Mise en œuvre par l'intimée à la suite de l'arrêt de la CJCAS du 12 mai 2016, une nouvelle expertise a été rendue par le Dr E_____ le 7 novembre 2017. La causalité était pleine entre la chute à ski et les plaintes cervicales de l'expertisé. En revanche, il n'existait pas de causalité entre l'accident du 20 février 2011 et les plaintes lombaires. Aucune activité adaptée ne lui paraissait exigible dans l'état dans lequel le patient s'était présenté à l'expertise. Ce dernier consommait jusqu'à 100 mg de Valium par jour, ce qui entraînait des tremblements, des troubles de la concentration, un ralentissement psychomoteur important, des risques d'erreur non négligeables et des risques liés à la conduite d'un éventuel véhicule. À l'état séquellaire de l'accident de 2011 s'était greffé une atteinte psychologique majeure qui minait toute velléité de reprendre une activité professionnelle. L'état de santé final concernant les troubles neuropsychologiques était atteint. L'incapacité de travail était liée à son accident en particulier de par la dégradation psychologique survenue en 2014. Une expertise psychologique, voire psychiatrique, était un complément indispensable à l'expertise médicale.

28. L'assuré a refusé la proposition de l'assureur d'un séjour à la Clinique romande de réadaptation ayant pour but de définir une prise en charge médicamenteuse adéquate et de tenter un programme multidisciplinaire afin de ramener ses douleurs à un niveau acceptable. Son conseil a indiqué à l'assureur, le 13 mars 2018, que son mandant ne prétendait pas à des prétentions pour des troubles lombaires et pour des troubles psychiques et que par conséquent, il n'y avait pas lieu de solliciter l'avis d'un psychiatre.

29. Par décision du 6 février 2018, complémentaire à une précédente décision du 10 février 2017, l'OAI a reconnu à l'assuré le droit à un quart de rente pour la période allant de mai 2012 à novembre 2013, à une rente entière de décembre 2013 à mars 2014, à un quart de rente d'avril 2014 à décembre 2016 et enfin à une rente entière dès janvier 2017.

30. En date du 14 mai 2018, l'assuré a réclamé à l'assureur une rente d'invalidité calculée sur la base de l'exigibilité de 50 %, avec un rendement de 90 % comme retenu dans le rapport d'expertise ainsi qu'une indemnité pour l'atteinte à l'intégrité basée sur le taux retenu par l'expertise de 2014.

31. Le 24 août 2018, l'assureur a demandé au Dr E_____ de répondre à des questions, en ne prenant en considération que les atteintes physiques découlant des lésions accidentelles subies le 20 février 2011, en excluant les problèmes lombaires, une composante psychique et une supposée problématique de dépendance pharmacologique.

32. Par complément d'expertise du 5 décembre 2018, le Dr E_____ a répondu que le taux de capacité de travail de 50 % était généralement observé dans les quelques mois qui suivaient une révision chirurgicale telle que celle subie par l'assuré en novembre 2013. Abstraction faite de tous les autres éléments, on aurait dû s'attendre à une reprise rapide des activités de l'ordre de 80 à 90 % dans les mois ayant suivi la première expertise de 2014. Dans d'autres activités adaptées aux troubles de la santé, la capacité de travail de l'assuré pouvait être de 100 %, en particulier une activité sans exigence de rendement physique et dans laquelle l'assuré pouvait organiser son travail et sa position de travail selon ses limitations et dans un travail principalement administratif ou organisationnel soustrait au stress de la gestion d'adolescents. L'atteinte à l'intégrité ne lui semblait pas différente de l'expertise de 2014 et il retenait donc uniquement la persistance d'une hypoesthésie dans une topographie radiculaire C6 droite avec une atteinte évaluée entre 1 et 3%.

33. Le 21 juin 2019, l'assureur a indiqué à son assuré qu'il entendait le mettre au bénéfice d'une rente d'invalidité ordinaire en retenant un taux d'invalidité de 29 % et lui a nié tout droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

34. L'assuré s'est opposé à cette prise de position.

35. Par décision du 25 juillet 2019, l'assureur a décidé de mettre l'assuré au bénéfice d'une rente d'invalidité de CHF 1'839.- (29 %) et a refusé de lui allouer une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Il a souligné que son assuré n'avait jamais émis de réserves concernant les conclusions de la dernière expertise médicale réalisée par le Dr E_____, en particulier sur son appréciation de sa capacité de travail en ne prenant en considération que les troubles physiques et non les problèmes lombaires, une composante psychique et une problématique de dépendance pharmacologique invoquée par l'assuré. En effet, par courrier du 13 mars 2018, le conseil de l'assuré n'avait pas fait valoir de prétention pour des troubles lombaires ou psychiques et avait refusé la mise sur pied d'une expertise

psychiatrique. Le Dr E_____ avait finalement été prié de se prononcer en ne tenant uniquement compte que des troubles présentés au niveau de la colonne cervicale (rapports d'expertise et compléments d'expertise du Dr E_____ des 3 avril 2014, 11 janvier 2016, 7 novembre 2017 et 5 décembre 2018).

S'agissant des prestations versées jusqu'alors, l'assureur rappelait que selon l'expertise du 7 novembre 2017, aucune amélioration notable de l'état de santé ne pouvait plus être attendue au niveau des troubles neurochirurgicaux. Les conditions donnant droit à un traitement médical et à l'indemnité journalière n'étaient plus remplies. Dès le 1er juin 2019, l'assuré n'avait plus droit aux traitements médicaux, aux remboursements de frais et aux indemnités journalières de l'assureur-accidents LAA, à l'exception du traitement médical au sens de l'art. 21 LAA.

Quant à la rente d'invalidité, l'assureur évaluait le taux d'invalidité en se référant au rapport du 5 décembre 2018, à teneur duquel le Dr E_____ retenait, compte tenu des atteintes neurochirurgicales uniquement, une capacité de travail de 100 %, sans diminution de rendement, dans une activité adaptée aux troubles de la santé de l'assuré, sans exigence de rendement physique, activité dans laquelle l'assuré pouvait organiser son travail et sa position de travail selon ses limitations, et dans un travail principalement administratif ou organisationnel soustrait au stress de la gestion d'adolescents. L'assureur précisait que compte tenu des seules lésions accidentelles, l'assuré aurait certainement bénéficié de mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité et aurait pu mettre pleinement à profit sa capacité de travail résiduelle. Il était probable qu'une activité purement administrative aurait alors été privilégiée.

Le gain valide était chiffré à CHF 113'207.- (salaire annuel, y compris le treizième, à 90 % de CHF 97'324.50, lequel correspondait à CHF 108'138.35 à 100 % et, après adaptation au renchérissement, à CHF 113'207.-).

Le gain d'invalide était fixé, sur la base du salaire exigible selon l'enquête sur la structure des salaires (ESS 2016), table T17, année 2016, avec adaptation au renchérissement selon l'index des salaires nominaux pour hommes (T1.1.10, 2011 2018, 64-66), à CHF 79'885.97 (soit CHF 6'192.- : 40 heures x 41.7 heures = CHF 77'461.92 ; après adaptation au renchérissement à CHF 79'885.97).

Il en résultait un taux d'invalidité de 29 % (CHF 113'207.- – 79'885.97 = CHF 33'322.05).

La rente était calculée sur la base du gain assuré de CHF 97'925.80 (soit CHF 94'663.85 avec l'adaptation au renchérissement de 2012 à 2018). Ce gain était alloué à hauteur de 80 % en cas d'invalidité totale et à hauteur de CHF 22'718.80 par an, respectivement CHF 1'893.- en cas d'invalidité de 29 %.

Ainsi, dès le mois de juin 2019, l'assuré avait droit à une rente d'invalidité LAA de CHF 1'893.-.

Enfin, l'assuré n'avait pas droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI) dans la mesure où l'atteinte à l'intégrité en relation avec les lésions découlant de l'accident du 20 février 2011 se situait entre 1 % et 3 % selon les rapports d'expertise des 5 décembre 2018 et 3 avril 2014 et que les atteintes à l'intégrité d'un taux inférieur à 5 % ne donnaient droit à aucune indemnité.

36. Par courrier du 13 août 2019, l'assuré s'est opposé à la décision du 25 juillet 2019. Il contestait le postulat retenu par l'assureur selon lequel une activité sédentaire, de bureau, était exigible. Toute activité impliquant le maintien prolongé dans une position de la nuque, par exempte devant un écran, était rigoureusement proscrite. Dans un cadre privé, sans exigence de rendement quelconque, l'assuré ne pouvait pas rester plus d'une heure et demi par jour devant un écran. Seules des activités en mouvement mais sans contraintes physiques apparaissaient exigibles, par exemple promener des chiens (ce que l'assuré faisait occasionnellement) ou surveiller des lieux, soit des activités simples. Était joint à l'opposition, un courrier du docteur G_____, chiropracticien, qui attestait du fait que les activités sédentaires du type activité de bureau étaient à proscrire pour l'assuré. Eu égard à l'ensemble des circonstances, particulièrement l'importance des limitations fonctionnelles, mais également le manque de polyvalence, un abattement était à opérer sur le revenu d'invalide. Il s'imposait de retenir à cet égard un taux de 15 % au minimum. En se fondant sur les statistiques de l'ESS 2016, il convenait de se référer au tableau T_A1, dans les services, seules des activités simples entrant en considération. Le revenu mensuel moyen s'élevait dès lors à CHF 4'967.- soit CHF 64'782.- par an, et CHF 69'647.17 après adaptation horaire et renchérissement. Compte tenu d'un abattement minimal de 15 %, le gain d'invalide ne pouvait dépasser CHF 59'200.60. Comparé au gain de valide retenu de CHF 113'207.-, le taux d'invalidité s'élevait au minimum à 47.7 %, arrondi à 48 %. L'assuré concluait dès lors à l'annulation de la décision et à l'octroi d'une rente d'invalidité de CHF 4'896.- au minimum.

37. Selon le rapport médical du Dr G_____, qui suivait l'assuré depuis le mois de décembre 2018 pour des cervicalgies post traumatiques hyperalgiques et invalidantes (accident de 2011), les troubles neurologiques associés au traumatisme, soit des troubles proprioceptifs du rachis cervical, les troubles oculomoteurs et les radiculopathies cervicobrachiales, ne permettaient pas à son patient de rester dans une position statique, debout ou assise, prolongée ni de porter des charges de plus de 3 kg. Son activité professionnelle future devait lui permettre de changer de position régulièrement. Les tâches assises devant un bureau étaient donc à proscrire. Dans le cadre d'un syndrome douloureux chronique, il était également nécessaire que cette activité se déroulât dans un environnement calme et que l'organisation du temps de travail fût flexible.

38. En date du 3 septembre 2019, l'assuré a produit le rapport du Dr C_____, neurochirurgien FMH, daté du 16 août 2019, selon lequel son patient présentait des dysfonctions vertébrales aux niveaux sus et sous-jacents comme en témoignait la

fracture de l'apophyse épineuse de D3. Par ailleurs, le patient avait présenté une contusion radiculaire C6 droite causée par la fracture de la facette articulaire et il en gardait des séquelles sous forme de douleurs neurogènes. Avec la persistance de douleurs cervicales et radiculaires séquellaires, la capacité de travail du patient était très limitée. Les activités nécessitant des efforts pour soulever des charges lui étaient interdites, tout comme les activités entraînant des mouvements répétés ou un usage prolongé des membres supérieurs, comme c'était le cas de la plupart des activités manuelles. Les activités requérant le maintien prolongé d'une posture étaient également impossibles. Le patient ne pouvait pas rester assis plus de 15 à 20 minutes. Pour la problématique cervicale, le travail devant des écrans d'ordinateur était particulièrement difficile. Finalement, toutes les situations entraînant des vibrations ou des risques de chocs étaient également à proscrire. Dans ces conditions, la capacité de travail de son patient était extrêmement réduite, de l'ordre de 30 % avec un rendement diminué, variable selon les jours, mais en moyenne de l'ordre de 60 à 70 %.

39. Par décision du 12 novembre 2019, l'assureur a rejeté l'opposition et a maintenu sa décision du 25 juillet 2019. Le rapport du Dr G_____ n'apportait aucun nouvel élément probant remettant en cause les conclusions du rapport de l'expert E_____, spécialisé en neurochirurgie. Le certificat médical du Dr C_____ tenait compte de l'état de santé global de l'assuré, contrairement aux rapports du Dr E_____ qui, en tant qu'expert, avait pris en considération uniquement les troubles physiques découlant des lésions accidentelles subies le 20 février 2011, de sorte que ce certificat n'était pas susceptible de remettre en cause les conclusions posées par le Dr E_____. Les tâches prévues par la table T17 de la branche des employé(e)s de type administratif comprenaient des taches pratiques telles que la vente, les soins / le traitement de données et les tâches administratives / l'utilisation de machines et d'appareils électroniques / les services de sécurité / la conduite de véhicules, soit des tâches que l'assuré pouvait exercer. La table TA_1, services, ne correspondait pas aux tâches qui pouvaient être exercées par l'assuré. Aucun abattement n'était à faire. L'assuré avait été jugé apte à exercer une activité adaptée à plein temps, sans diminution de rendement. Selon la jurisprudence, aucune déduction du gain d'invalide n'était opérée dans le cas de personne assurée capable de travailler à plein temps avec des performances réduites (9C_126/2011).

40. Par recours du 12 décembre 2019, l'assuré a saisi la CJCAS. Il a sollicité l'audition des Drs C_____ et G_____ et un complément d'expertise. Il a conclu à l'annulation des décisions des 25 juillet 2019 et 12 novembre 2019, à la condamnation de l'intimée à lui verser une rente d'invalidité basée sur un taux de 100 %, au renvoi de la cause à l'intimée pour qu'elle calcule la rente et prenne une nouvelle décision, et à l'allocation de dépens. Il a relevé une contradiction dans le rapport du Dr E_____, lequel indiquait, au sujet de l'exigibilité, sous ch. 9.3 de son rapport que la capacité de travail de l'expertisé était de 50 % avec un rendement de 90 % et pouvait être majorée dans le temps et sous ch. 9.7 que la

capacité de travail pouvait être de 100 %. L'expert n'avait pas décrit concrètement l'activité adaptée aux limitations de l'expertisé, ce qui rendait son rapport peu clair et incomplet. Le recourant contestait la prise en compte de l'ESS T17 car ce type d'activité n'était pas admissible au vu de ses limitations. Des rapports médicaux pertinents, qu'il avait produits, niaient qu'une activité sédentaire et des tâches à faire assis devant un écran puissent être adaptées au vu des limitations dues uniquement aux atteintes à la colonne cervicale.

41. L'intimée a répondu au recours par écrit, le 3 février 2020, concluant au rejet du recours et persistant dans sa décision.

42. Le recourant a répliqué le 1er mai 2020 et persisté dans ses conclusions.

43. L'intimée a indiqué à titre de réplique, le 2 juin 2020, que le recourant n'apportait pas de nouvel élément et a maintenu ses conclusions.

44. Par courrier du 27 juillet 2020, le recourant a persisté dans ses conclusions et s'est référé à l'ATAS/196/2020 du 25 février 2020 s'agissant des mesures d'abattement à effectuer sur le gain d'invalide et a indiqué qu'un taux d'abattement de 15 % apparaissait pleinement justifié.

45. Par courrier du 17 août 2020, l'intimée a relevé que le cas ayant donné lieu à l'arrêt ATAS/196/2020 n'était pas comparable au cas du recourant, âgé de 51 ans au moment de la notification de la décision sur opposition, qui était apte à exercer à 100 % sans diminution de rendement une activité où il n'y avait pas d'exigence de rendement physique, où il pouvait organiser son travail et sa position de travail selon ses limitations et dans un travail principalement administratif ou organisationnel soustrait au stress de la gestion d'adolescents. Aucune déduction du gain d'invalide ne se justifiait en l'espèce, de sorte qu'elle a maintenu ses conclusions.

46. Par lignes du 7 septembre 2020, le recourant a contesté l'avis de l'intimée. Une activité à temps complet et sans diminution de rendement dans un travail principalement administratif ou organisationnel n'était pas exigible de lui. La référence à l'ESS T17 postulée par l'intimée était erronée, les activités recensées n'étant pas compatibles avec les limitations fonctionnelles et restrictions que l'intimée retenait (pas d'exigence physique, organisation libre du travail et de la position de travail) et avec le constat que les activités impliquant un travail sédentaire essentiellement devant un écran qui, lui, était proscrit. En tout état, un abattement pour tenir compte de la réduction de rendement était justifié.

47. La chambre de céans a adressé une copie de cette écriture à l'intimée.

48. Le dossier assurance-invalidité (ci-après : AI) de l'assuré a été sollicité par la chambre de céans et transmis au parties. Il en ressort que la capacité de travail raisonnablement exigible du recourant est nulle dans tous les domaines d'activités depuis le mois de mars 2015. Elle est de 50 % dès le 23 juin 2016 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles lesquelles sont justifiées par des anomalies

somatiques significatives du rachis cervical (interdiction de port de charges de plus de 10 kg en élévation des membres supérieurs et en porte-à-faux cervical) et les atteintes psychiques (diminution de la capacité d'adaptation et diminution de la tolérance au stress). L'atteinte psychique prédominait.

49. Les parties se sont prononcées dans le délai imparti et la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

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

2. Le 1er janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit du recourant aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.

3. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

4. Le litige porte sur le taux d'invalidité déterminant pour le droit à la rente d'invalidité de l'assurance-accidents servie au recourant depuis le 1er juin 2019, sur le revenu sans invalidité retenu pour la comparaison des revenus prescrite à l'art. 16 LPGA et le refus de retenir un abattement.

5. Aux termes de l'art. 6 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

6. 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. 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.

7. 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). Pour procéder à

cette comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente. Les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174).

Le revenu d'invalide - contesté par le recourant dans ce cas - doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). En ce sens, la référence aux données de l'ESS constitue une ultima ratio. Ainsi, lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte comme revenu après invalidité (ATF 142 V 178 consid. 2.5.7).

En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible -, le revenu d'invalide peut alors être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS (ATF 139 V 592 consid. 2.3 ; ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb ; voir également arrêt du Tribunal fédéral 9C_140/2017 du 18 août 2017 consid. 5.4.1).

8. Dans son arrêt 8C_66/2020 du 14 avril 2020 aux consid. 4.2.1, le Tribunal fédéral a exposé que depuis la dixième édition de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS 2012), les emplois sont classés par l'Office fédéral de la statistique (ci-après : OFS) par professions en fonction du type de travail qui est généralement effectué. Les critères de base utilisés pour définir le système des différents groupes de professions sont les niveaux et la spécialisation des compétences requis pour effectuer les tâches inhérentes à la profession (arrêts du Tribunal fédéral 8C_46/2018 du 11 janvier 2019 consid. 4.4 ; 9C_901/2017 du 28 mai 2018 consid. 3.3). Quatre niveaux de compétence ont été définis en fonction de neuf grands groupes de professions (voir tableau T17 de l'ESS 2012 p. 44) et du type de travail, de la formation nécessaire à la pratique de la profession et de l'expérience professionnelle (voir tableau TA1_skill_level de l'ESS 2012 ; ATF 142 V 178 consid. 2.5.3). Le niveau 1 est le plus bas et correspond aux tâches physiques et manuelles simples, tandis que le niveau 4 est le plus élevé et regroupe les professions qui exigent une capacité à résoudre des problèmes complexes et à prendre des décisions fondées sur un vaste ensemble de connaissances théoriques et factuelles dans un domaine spécialisé (on y trouve par exemple les directeurs/trices, les cadres de direction et les gérant[e]s, ainsi que les professions intellectuelles et scientifiques). Entre ces deux extrêmes figurent les professions dites intermédiaires (niveaux 3 et 2). Le niveau 3 implique des tâches pratiques complexes qui nécessitent un vaste ensemble de connaissances dans un domaine spécialisé (notamment les techniciens, les superviseurs, les courtiers ou encore le personnel

infirmier). Le niveau 2 se réfère aux tâches pratiques telles que la vente, les soins, le traitement des données, les tâches administratives, l'utilisation de machines et d'appareils électroniques, les services de sécurité et la conduite de véhicules (arrêt du Tribunal fédéral 9C_370/2019 du 10 juillet 2019 consid. 4.1 et les références). L'accent est donc mis sur le type de tâches que l'assuré est susceptible d'assumer en fonction de ses qualifications mais pas sur les qualifications en elles-mêmes (arrêts du Tribunal fédéral 8C_46/2018 du 11 janvier 2019 consid. 4.4 ; 9C_901/2017 du 28 mai 2018 consid. 3.3).

Il poursuit dans son consid. 4.2.2 en indiquant que lorsque les tables ESS sont appliquées, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table TA1, à la ligne « total secteur privé » ; on se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la valeur médiane ou centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b), étant précisé que, depuis l'ESS 2012, il y a lieu d'appliquer le tableau TA1_skill_ level et non pas le tableau TA1_b (ATF 142 V 178 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_46/2018 du 11 janvier 2019 consid. 4.4 et 8C_228/2017 du 14 juin 2017 consid. 4.2.2). Lorsque cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu parfois de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers (secteur 2 [production] ou 3 [services]), voire à des branches particulières ; tel est notamment le cas lorsqu'avant l'atteinte à la santé, l'assuré a travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre pas en ligne de compte (arrêts du Tribunal fédéral 8C_471/2017 du 16 avril 2018 consid. 4.2 et 9C_237/2007 du 24 août 2007 consid. 5.1, non publié à l'ATF 133 V 545). En outre, lorsque les circonstances du cas concret le justifient, on peut s'écarter de la table TA1 (salaire mensuel brut [valeur centrale] selon les branches économiques dans le secteur privé) pour se référer à la table TA7 (salaire mensuel brut [valeur centrale] selon le domaine d'activité dans les secteurs privé et public ensemble), si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalide et que le secteur en question est adapté et exigible (arrêts du Tribunal fédéral 8C_625/2008 du 26 février 2009 consid. 3.2.1 ; 9C_237/2007 du 24 août 2007 consid. 5.1, non publié à l'ATF 133 V 545, et les références citées ; voir aussi arrêt du Tribunal fédéral 9C_29/2012 du 27 juin 2012 consid. 4.2). C'est le lieu de préciser que les tables TA1, T1 et TA7 des ESS publiées jusqu'en 2010 correspondent respectivement aux tables TA1_skill_level, T1_tirage_skill_level et T17 des ESS publiées depuis 2012 (voir l'Annexe de la lettre circulaire AI n° 328 du 22 octobre 2014).

(…) Selon la jurisprudence rappelée plus haut (cf. consid. 4.2.2 supra), on peut, lorsqu'il s'agit de déterminer le revenu d'invalide sur la base des tables ESS, s'écarter de la table TA1 pour se référer à la table T17 - correspondant à la table TA7 des ESS publiées jusqu'en 2010 - si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalide et que le secteur en question est adapté et exigible. Si cette

jurisprudence a été développée pour le revenu d'invalide, rien n'empêche de l'appliquer mutatis mutandis à la détermination du revenu sans invalidité lorsque celui-ci doit exceptionnellement être déterminé sur la base des tables ESS (cf. arrêt du Tribunal fédéral I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 et les références) ; en effet, le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible (arrêt du Tribunal fédéral 8C_574/2019 du 28 février 2020 consid. 3 et les références).

9. La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration ; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6 ; ATF 123 V 150 consid. 2 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5).

   Selon la jurisprudence, 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 cas de résultat jusqu'à x,49 %, il faut arrondir à x % et pour des valeurs à partir de x,50 %, il faut arrondir à x+1 % (ATF 130 V 121 consid. 3.2).

10. La procédure est régie par le principe inquisitoire, d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. 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 193 consid. 2 ; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Car si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve. 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 261 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un

fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 372 consid. 3 ; RAMA 1999 n° U 344 p. 418 consid. 3).

11. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

12. En l'occurrence, l'assureur a décidé de prendre en charge les traitements médicaux et de verser des prestations journalières jusqu'au 30 mai 2019 et de cesser ces deux types de prestations dès le 1er juin 2019. Sa décision n'est pas contestée sur ces points. Le début du droit à une rente au 1er juin 2019 n'est pas davantage remis en compte par le recourant.

    Le litige porte dès lors uniquement sur le taux d'invalidité du recourant.

13. Le recourant conteste, dans un premier moyen, la valeur probante des rapports d'expertise du Dr E_____ et sollicite l'audition de ses deux médecins traitants et un complément d'expertise.

    Le dossier contient une expertise réalisée par un expert proposé initialement par le recourant et qui a été mandaté selon un accord trouvé par les parties à l'issue d'une audience devant la CJCAS.

    En revanche, faute de s'être mises d'accord sur la teneur des questions à soumettre à l'expert, chacune des parties a transmis ses propres questions au Dr E_____. Cette façon de faire a conduit l'expert à répondre à chacune des questions que lui avaient adressées les parties, par rapport du 3 avril 2014. Quand bien même les réponses données dans deux documents différents pouvaient être comprises dans un même sens, les parties se sont opposées sur le sens pourtant clair à donner à chacune des réponses prises individuellement et hors contexte de la question souvent orientée posée par les parties. Compte tenu de ce différend, la CJCAS a été amenée à trancher un premier litige entre les parties. Dans un arrêt définitif (ATAS/372/2016), elle a reconnu une pleine valeur probante à l'expertise et aux compléments d'expertise du Dr E_____.

    Il n'y a pas lieu de revenir sur la valeur probante de l'expertise du Dr E_____ et de ses compléments des 7 avril 2014, 2 septembre 2014 et 16 janvier 2016. Il est définitivement établi que l'accident du 20 février 2011 a causé une contusion radiculaire C6 droite, entraînant une incapacité de travail et nécessitant des traitements. Par ailleurs, le *statu quo sine vel ante* n'était pas encore atteint au moment où le Dr E_____ a réalisé son examen, soit le 6 mars 2014, de sorte que

l'intimée s'est vu renvoyer la cause pour instruction complémentaire sur le droit aux prestations du recourant pour la période postérieure au 6 mars 2014.

14. Dans ce cadre, l'assureur a sollicité le Dr E_____, lequel a pris en compte, dans un premier rapport du 7 novembre 2017, l'intégralité des plaintes et atteintes de l'expertisé sans se limiter à la seule atteinte dont il avait retenu qu'elle était en lien directe avec l'accident du 20 février 2011. Il parvenait à une incapacité de travail totale en raison de problèmes lombaires, une composante psychique chez l'expertisé et une problématique de dépendance pharmacologique.

    Compte tenu du fait que seule l'atteinte en lien avec l'accident pouvait être prise en compte par l'assureur-accidents, l'expert a dû se prononcer à nouveau sur ce cas le 5 décembre 2018, en excluant les autres problématiques médicales rencontrées par le recourant après l'expertise de 2014, malgré l'évolution favorable alors relevée par l'expert. Dans son complément d'expertise du 5 décembre 2018, le Dr E_____ a relevé qu'un taux de capacité de travail de 50 % était généralement observé dans les quelques mois qui suivaient une révision chirurgicale telle que celle subie par l'assuré en novembre 2013. On aurait constaté une reprise rapide des activités de l'ordre de 80 à 90 % dans les mois suivant la première expertise de 2014. Dans d'autres activités adaptées aux troubles de la santé, la capacité de travail de l'assuré pouvait être de 100 %, en particulier une activité sans exigence de rendements physiques et dans laquelle l'assuré pouvait organiser son travail et sa position de travail selon ses limitations et dans un travail principalement administratif ou organisationnel soustrait au stress de la gestion d'adolescents. Ainsi abstraction faite de tous les autres éléments, la capacité de travail de l'assuré pouvait être de 100 %. L'atteinte à l'intégrité en lien avec l'accident n'était pas différente qu'en 2014, soit une persistance d'une hypoesthésie dans une topographie radiculaire C6 droite. Elle était évaluée entre 1 et 3 %.

    La chambre de céans constate que l'expert a répondu dans son rapport du 5 décembre 2018 aux questions encore ouvertes et qui avaient nécessité une instruction complémentaire. Il n'y a pas lieu de douter de la pertinence des conclusions du Dr E_____ dans ses rapports qu'il convient de lire comme un tout, et aucune raison de procéder à une instruction complémentaire en auditionnant les médecins traitants du recourant ou en complétant encore l'expertise.

    Les avis divergents des médecins traitants du recourant au sujet de la capacité de travail et des limitations n'apparaissent pas plus probants que l'avis de l'expert qui a analysé en détails et à maintes reprises le cas du recourant. Au contraire, les Drs G_____ et C_____ émettent des avis qui ne distinguent pas suffisamment la seule atteinte en lien avec l'accident des autres atteintes dont souffre leur patient. L'on ne saurait nier qu'en raison de ses différentes atteintes, le recourant est devenu incapable de reprendre une activité professionnelle, raison pour laquelle il a été mis au bénéfice d'une rente d'invalidité entière. Cependant seule la contusion radiculaire C6 droite et ses conséquences est à prendre en compte dans le cadre du

présent litige entre le recourant et un assureur-accidents, ce que les médecins traitants n'ont pas suffisamment pris en considération.

15. La chambre de céans, sur la base de l'expertise, retient dès lors que la capacité de travail du recourant aurait été de 100 %, dans une activité adaptée, en décembre 2018 à tout le moins. En outre, aucune amélioration notable ne pouvait être espérée quant aux troubles en lien avec l'accident dès le 7 novembre 2017.

16. S'agissant du montant de la rente, l'intimée a déterminé le revenu d'invalide en se fondant sur les données statistiques ressortant de l'ESS 2016 et plus particulièrement de la table T17, ce que le recourant conteste.

    La table T17 de la branche des employé(e)s de type administratif (rubrique 4), comprend le travail d'employé de bureau, d'employé de réception, guichetiers et assimilés, employés des services comptables et d'approvisionnement, et les autres employés de type administratif.

    Selon l'expertise, le recourant peut exercer une activité sans exigence de rendement physique, sans port de charges de plus de 3 kg, de porte-à-faux cervical ou de vibrations, et dans laquelle il doit pouvoir organiser son travail et sa position de travail. L'expert a mentionné une activité de type administrative ou organisationnelle, soustraite au stress des enfants. À l'instar des médecins traitants du recourant qui ont relevé des limitations de l'ordre des difficultés à garder une posture statique (assisse ou debout) et à exercer une activité sédentaire ou devant un écran, l'expert conditionne l'activité de type administrative ou organisationnelle à la possibilité pour le recourant d'organiser tant son travail que sa position. Les employés de bureau, de réception, les guichetiers et assimilés, les employés des services comptables et d'approvisionnement, et les autres employés de type administratif, ne jouissent pas d'une réelle liberté d'organisation dans leur travail ou dans leur posture. En effet, un travail derrière un guichet ou à la réception va de pair avec une position, assisse ou debout, de longue durée et pour laquelle l'employé ne peut organiser son temps ou n'est pas libre de modifier sa position à sa guise. Les employés de bureau ou de service comptable sont la majeure partie de leur temps statiques, possiblement en porte-à-faux devant un écran.

    Si les limitations relevées par l'expert n'excluent pas une activité sans exigence de rendements physiques et selon l'organisation propre du recourant, voire une activité non statique, en mouvements et non devant un écran selon les médecins traitants du recourant, les postes décrits dans la table T17, rubrique 4, ne répondent pas aux limitations mises en évidence chez le recourant.

    Le recourant a travaillé dans un domaine précis pendant de nombreuses années et une activité dans ce domaine n'entre désormais plus en ligne de compte, l'expertise excluant la reprise d'une activité stressante en lien avec des enfants. Aussi, pour déterminer le revenu d'invalide du recourant, il n'est pas possible de se fonder sur les tables ESS 2016, T17, aucune activité adaptée et exigible ne pouvant être trouvée dans ce cas d'espèce.

Le recours à la table T17 se révèle dès lors inapproprié pour fixer le revenu d'invalide du recourant.

En revanche, la table TA1, services, que le recourant souhaiterait voir appliquer à son cas, comprend des domaines d'activités simples qui pourraient être compatibles avec les limitations et conditions retenues par l'expert. Il convient dès lors de se référer à la table TA1, services, qui retient un revenu médian de CHF 4'967.-.

17. Le recourant ayant été jugé apte à exercer une activité adaptée à plein temps, sans diminution de rendement, il n'y a pas lieu de retenir un abattement. La nature de ses limitations fonctionnelles ne présente pas de spécificités telles qu'elles sont susceptibles d'induire, à elles seules, une réduction importante sur ses perspectives salariales compte tenu des activités compatibles avec celles-ci.

18. Le gain d'invalide se présente dès lors comme suit :

CHF 4'967.- : 40 heures x 41.7 heures x 12 =	CHF 62'137.17
+ renchérissement 2017 (0.3 %) = CHF 186.40	CHF 62'323.57
+ renchérissement 2018 (1.4 %) = CHF 872.52	CHF 63'196.10
+ renchérissement 2019 (1.4 %) = CHF 884.74	CHF 64'080.84
Capacité de travail exigible de 100 %	
	CHF 64'080.84

Le taux d'invalidité est obtenu en retranchant du gain de valide de CHF 113'207.-, celui d'invalide de CHF 64'080.84, soit une perte de gain de CHF 49'126.16, laquelle consacre un taux d'invalidité de 43.4 soit 44 %, une fois arrondi.

Le recours est par conséquent bien fondé en ce qui concerne le degré d'invalidité.

19. La décision de l'intimée du 12 novembre 2019 sera annulée dans la mesure où elle retient un taux d'invalidité de 29 %.

20. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis. La décision sur opposition du 12 novembre 2019 sera annulée en tant qu'elle reconnaît le droit à une rente de 29 %. Conformément aux considérants qui précèdent, le recourant sera mis au bénéfice d'une rente de 44 %.

21. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 1'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

22. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

* * * * * *

PAR CES MOTIFS,

LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet et annule la décision sur opposition du 12 novembre 2019 en tant qu'elle fixe le taux d'invalidité à 29 %.
3. Dit que le recourant a droit à une rente d'invalidité de l'intimée fondée sur un taux d'invalidité de 44 %.
4. Condamne l'intimée à verser au recourant la somme de CHF 1'500.- à titre de participation aux frais et dépens de ce dernier.
5. Dit que la procédure est gratuite.
6. 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
Marie NIERMARÉCHAL	Marine WYSSENBACH

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