REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/704/2005 **ATAS/1083/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 3

du 4 octobre 2007

En la cause

Monsieur Q_____, domicilié à ARGENTINE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Mauro POGGIA	recourant

contre

LA BALOISE COMPAGNIE D'ASSURANCES, sise Aeschengraben 21, BÂLE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Christian GROSJEAN	intimée

Siégeant : Karine STECK, Présidente, Christine KOEPPEL et Violaine LANDRY ORSAT, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur Q_____, né le 1957, de nationalité suisse, a suivi une formation de preneur de son. A partir de 1985, il a travaillé pour la société X_____ puis, à compter du 16 janvier 1987, pour la (Y_____) en tant qu'opérateur de son. Il était au bénéfice d'un contrat soumis à la convention collective de travail de durée indéterminée; son volume d'occupation était variable. A la demande de l'assuré, le travail était effectué sur deux périodes de trois mois. Pour l'année 1999, le volume annuel d'occupation a été fixé à 100 jours (comme en 1998). Le salaire de base brut de l'assuré s'est élevé, en 1999, à 31'256 fr. 45 pour 100 jours de travail (pièce 5 intimée). Il était assuré, pour les accidents professionnels et non professionnels, auprès de LA BALOISE COMPAGNIE D'ASSURANCES (ci-après : l'assureur; pièces 1 et 2 intimée).

2. Le 13 juin 1999, l'assuré a fait une chute de cheval alors qu'il se trouvait à Santa Catalina, en Argentine (cf. déclaration de sinistre du 14 septembre 1999).

3. Le 21 juin 1999, il a consulté le Dr A_____, médecin traitant et traumatologue à Rosario (Argentine) qui a établi un certificat médical posant les diagnostics suivants : fracture de la 2ème vertèbre lombaire et lésion ménisco-ligamentaire du genou gauche. Le traitement a consisté en un plâtre (corset), du repos et une chirurgie arthroscopique du genou. Le médecin a conclu à une incapacité de travail totale dès le 13 juin 1999.

4. Le 14 septembre 1999, l'employeur de l'assuré a annoncé le sinistre à l'assureur en ces termes : « Lors d'une promenade à cheval avec son fils, est tombé du cheval » (pièce 5 intimée).

5. Le 18 octobre 1999, de retour en Suisse, l'assuré a consulté le Dr. B_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. Ce dernier, dans un rapport daté du 10 novembre 1999, a fait état d'une fracture du mur antérieur de L2 et d'une déchirure du ménisque gauche. Il a indiqué que le patient était porteur d'un corset en ortholène.

6. Dans un rapport du 8 mai 2000, le Dr. C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique à l'Hôpital de la Tour, a fait état d'un status post-fracture de L2, sans trouble neurologique. Il a relevé que l'IRM et les clichés fonctionnels effectués au début de l'année 2000 mettaient en évidence une fracture de L2 consolidée, une hernie intra-spongieuse du disque dans la partie supérieure du corps vertébral de L2, un œdème au niveau de la partie antéro-supérieure du corps vertébral de L3 associé à une discopathie L2-L3. Il a également noté des ostéophites de traction au bord supérieur de L3 et indiqué que l'assuré souffrait d'un syndrome d'instabilité post-traumatique. A la question de savoir s'il existait un lien de causalité avec l'accident, le médecin a répondu par l'affirmative. Il a par ailleurs

proposé de réintroduire le port du corset pendant six semaines et de l'associer à une physiothérapie de renforcement musculaire abdominal et dorsal. La capacité de travail de l'assuré a été jugée nulle, notamment comme preneur de son. Il a été relevé que, dans le cadre de son activité, il devait porter des charges parfois importantes et effectuer des travaux en porte-à-faux tels que porter un micro sur une perche à une longue distance de lui-même. La capacité de travail future dans la profession était réservée dans la mesure où la situation n'était pas encore stabilisée (pièce 5 recourant).

7. Le 15 novembre 2000, une expertise médicale a été pratiquée à la demande de l'assureur par le Dr. D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. Dans son rapport du 11 janvier 2001, ce médecin a posé le diagnostic différentiel suivant : fracture, tassement du mur antérieur de L2, syndrome d'instabilité lombaire post-traumatique, déchirure de la corne postérieure du ménisque interne et entorse du ligament latéral interne du genou gauche, cervicalgies avec hernies discales C5-C6-C6-C7. L'expert a estimé que si la symptomatologie lombaire présentée était en relation directe avec l'accident survenu en juin 1999, le problème de cervicalgies, en revanche, ne l'était très probablement pas. Il a jugé la capacité de travail de l'assuré à 0% dans son activité de preneur de son, dans la mesure où celle-ci impliquait le port de charges et des travaux en porte-à-faux. Au cas où une intervention chirurgicale avec stabilisation lombaire serait pratiquée, l'assuré pourrait reprendre son travail à un niveau restant à déterminer. Dans un travail adapté, l'assuré devrait pouvoir travailler à 50%, dans une activité permettant d'alterner les positions et évitant totalement le port de charges. Quant au taux de l'atteinte à l'intégrité, il l'a fixé à 15% (pièce 6 recourant).

8. Par courrier du 19 janvier 2001, le Dr - E_____, médecin auprès du Service médical des CFF, de l'administration générale de la Confédération, de la Poste et de Swisscom a indiqué, en se référant à l'appréciation du Dr C_____, que si une adaptation professionnelle pouvait se faire vers un travail sans port de charges et avec possibilité d'alternance des positions, on pourrait s'attendre à une capacité de travail de l'ordre de 80%. Il précisait qu'il existait d'autres éléments au niveau de la colonne cervicale qui semblaient liés à une problématique de maladie et non d'accident (pièce 35 intimée).

9. Interrogé par l'assureur, l'employeur de l'assuré a indiqué que le revenu annuel moyen réalisé par un opérateur son à plein temps s'élevait, en 2001, à 92'893 fr. (pour 100% de la valeur de fonction), à 65'025 fr. (pour 70% de la valeur de fonction) et à 78'959 fr. (pour 85% de la valeur de fonction). L'employeur a également spécifié que la profession de régisseur de production paraissait correspondre aux limitations fonctionnelles de l'assuré, puisqu'elle n'impliquait pas de port de charges et alternait des déplacements à pied et des travaux de relativement courte durée en position assise. Le revenu maximum pour un plein temps s'élevait à 90'120 fr. pour une personne qualifiée (pièces 59 et 60 intimée).

10. Par décision du 23 août 2001, l'assureur a octroyé à l'assuré avec effet au 1er août 2001, d'une part, une rente transitoire basée sur un taux d'invalidité de 52%, et d'autre part, une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15%. Cette décision est entrée en force (pièce 3 recourant).

11. Le 7 septembre 2001, l'assuré a présenté une demande des prestations auprès de l'OFFICE AI POUR LES ASSURES RESIDANT A L'ETRANGER (ci-après : OAI).

12. Le 2 décembre 2002, à la demande de l'assureur perte de gain maladie, le Dr N. F_____, spécialiste en allergologie, immunologie clinique et médecine interne, a examiné l'assuré. Selon l'expert, pour autant que l'assuré n'ait pas à porter de charges et qu'il ne soit pas obligé de rester assis en permanence, il pourrait assumer un travail de type administratif, a priori à 50%. Le Dr F_____ a néanmoins proposé d'attendre les résultats des expertises prévues par l'OAI (pièce 9 recourant).

13. Deux expertises ont été réalisées à la demande de l'OAI, la première par le Dr . G_____, neurologue, la seconde par le Dr. H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. Ces médecins ont rendu leur rapport le 6 janvier, respectivement le 26 février 2003.

    Le Dr C. G_____ a retenu à titre de diagnostics, un status après fracture-tassement du mur antérieur de L2, un status après déchirure de la corne postérieure du ménisque interne et entorse du ligament latéral interne du genou gauche et des cervicalgies chroniques sur troubles statiques et dégénératifs. Au terme du bilan, il a exclu toute composante neurologique aux plaintes de l'assuré. Sur ce plan, il a conclu qu'il n'y avait donc pas de diminution de la capacité de travail, ni dans la profession habituelle, ni dans toute autre activité (pièce 10 recourant).

    Le Dr F. H_____ a diagnostiqué des lombalgies sur troubles statiques et dégénératifs d'origine multi-factorielle, une fracture/tassement du corps vertébral pur de L2, avec une cyphose angulaire L1-L2 résiduelle de 8° actuellement guérie, sans instabilité discale résiduelle, sans troubles neurologiques, une discopathie L1-L2 traumatique, une déchirure méniscale du genou gauche actuellement guérie sans séquelles, des cervico-brachialgies occasionnelles modérées sur cervicarthrose et sans rapport avec l'accident. S'agissant de l'atteinte lombaire, l'expert a indiqué que les clichés radiologiques successifs montraient une réduction de la fracture, puis un retour au statu quo de départ. Les suites avaient été simples, avec une consolidation acquise dans les délais habituels. Ceci correspondait à un status à deux ans et demi de l'accident et on pouvait dire que le cas était stabilisé. Sur le plan fonctionnel, le déroulement lombaire était harmonieux et l'assuré présentait une excellente musculature à la fois lombaire et de la sangle abdominale. L'ensemble de ces éléments permettait de dire que l'assuré présentait une bonne adaptation de ses

séquelles fonctionnelles qui pouvaient être qualifiées comme mineures. Pour l'expert, les séquelles fonctionnelles objectives étaient peu en rapport avec l'importance des plaintes qui semblaient majorées. Les lombalgies n'empêchaient pas une activité socio-professionnelle normale, à part celles impliquant le rachis dorsal dans les efforts importants en flexion/compression ou en torsion. Dans la conduite du ménage, les activités lucratives partielles, la capacité de travail était totale. Tel était également le cas dans l'exercice de l'activité habituelle, en tant que preneur de son, si celle-ci n'entraînait pas systématiquement de port de charges de plus de 15 kg. Les activités exigibles étaient donc celles n'impliquant pas des efforts systématiques du rachis et des mouvements de flexion/torsion/compression du rachis, et des ports de plus de 15 kg (pièce 8 recourant).

14. Les 21 mars et 30 juin 2003, le Dr A_____ a indiqué que l'assuré présentait alors une incapacité de travail de 76%, respectivement de 56% (pièces 11 et 11bis recourant; pièce 96 intimée).

15. Par décision du 22 août 2003, confirmée par décision sur opposition du 28 septembre 2004, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, au motif que le taux d'invalidité de ce dernier ne dépassait pas 37%. Le recours interjeté le 4 novembre 2004 par l'assuré contre cette décision devait par la suite être rejeté par la Commission fédérale de recours en matière d'AVS/AI pour les personnes résidant à l'étranger (jugement du 10 novembre 2005, AI 60752,), puis par le Tribunal fédéral (arrêt du 20 février 2007, I 47/06).

16. Par décision du 15 juillet 2004, l'assureur a informé l'intéressé qu'à défaut d'invalidité économique, le versement de la rente transitoire était supprimé avec effet au 30 juin 2004.

17. Par courriers des 14 septembre et 4 novembre 2004, l'assuré a fait opposition à cette décision en faisant remarquer que l'OAI avait retenu un taux d'invalidité de 37% et que, au demeurant, la procédure AI était encore en cours.

18. Par décision sur opposition du 20 décembre 2004, l'assurance-accidents a confirmé sa décision du 15 juillet 2004. Pleine valeur probante a été reconnue à l'expertise du Dr H_____. L'assureur a retenu de cette expertise que, dans toute activité professionnelle pouvant s'accomplir debout ou assis, même comportant le port de charges occasionnel jusqu'à 15 kilos, et n'impliquant pas le rachis dorsal dans les efforts importants en flexion/compression ou en torsion, l'assuré disposait d'une capacité de travail totale.

    Au vu des informations fournies par l'employeur quant au revenu annuel réalisable par l'assuré dans une activité exigible telle que celle de régisseur de production (90'120 fr.), et dans la mesure où, dans le poste qu'il occupait jusqu'au jour de l'accident, à savoir opérateur son de reportage, il aurait pu obtenir un revenu annuel

de 92'893 fr., ce dernier ne subissait pas de perte de gain puisque le taux d'invalidité était inférieur à 10%.

Quant à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, l'assureur a rappelé que la jurisprudence consacrait une indemnisation en fonction de la gravité de l'atteinte et non en fonction de la manière dont elle était vécue par l'assuré. Il s'est référé là encore au Dr H_____, lequel avait retenu une indemnité pour atteinte à l'intégrité bien inférieure à celle qui avait été accordée. L'assureur a néanmoins renoncé à procéder à une *reformatio in pejus* sur ce point.

19. Par courrier du 21 mars 2005, Monsieur Q_____ a interjeté recours contre cette décision. Il conclut subsidiairement à ce que soit ordonnée une expertise médicale par un chirurgien orthopédiste dont l'identité devra préalablement lui être soumise, et principalement à l'octroi d'une rente d'invalidité de 52% au moins dès le 1er juillet 2004.

Il allègue que son accident l'a contraint à porter un corset plâtré en extension durant un mois et demi avec obligation semi-stricte de garder le lit, puis durant quatre mois, un corset en matière synthétique. Actuellement, il porte encore constamment une ceinture souple en néoprène mais également, à domicile, un corset plus rigide.

Il fait valoir qu'il n'a pu se prononcer sur l'identité de l'expert mandaté par l'OAI, faute de quoi il se serait opposé à la désignation d'un expert "dont l'activité principale sinon exclusive est d'établir des rapports d'expertise en faveur des assurances". Il allègue que le Dr H_____ n'est pas crédible, dans la mesure où il affirme que sa capacité de travail n'a été réduite que de 20% suite à l'accident, ce qui est manifestement contredit par les rapports des Drs C_____, D_____, F_____ et A_____. Il relève qu'il est supposé avoir eu une capacité de travail de 80%, alors même qu'il a porté un corset plâtré et a dû conserver le lit pendant un mois et demi. Selon lui, le rapport du Dr H_____ est superficiel, peu sérieux et délibérément orienté.

Le recourant allègue par ailleurs n'avoir aucune formation professionnelle autre que celle de preneur de son et n'être pas opposé à se soumettre à une tentative de reclassement professionnel.

Il relève enfin que l'assurance-invalidité, dans un projet de décision daté du 26 février 2002, a retenu une totale incapacité de travail du 13 juin 2000 au 30 avril 2001, puis une incapacité partielle jusqu'au 30 juin 2004.

20. Invitée à se prononcer, l'intimée, dans sa réponse du 4 mai 2005, a conclu au rejet du recours.

Elle fait d'abord remarquer que par courrier du 18 mars 1999, la Y_____ a accédé à la demande de l'assuré de pouvoir travailler sur deux périodes de trois

mois uniquement durant l'année 1999 pour des raisons personnelles, et ce avec effet au 1er janvier 1999. Elle en tire la conclusion que l'assuré envisageait donc de travailler au maximum six mois pour le compte de la Y_____ durant l'année 1999.

Par ailleurs, l'intimée a fait remarquer qu'elle est en droit, dans le cadre de l'accomplissement de sa tâche de droit public, de confier des expertises à des médecins qui ne sont pas ses employés, qu'il est admis que de telles expertises ont une valeur probante et ne sont nullement assimilables à des expertises de parties et qu'une présomption d'objectivité leur est rattachée. Elle ajoute qu'en l'espèce, l'assuré a été soumis aux expertises des Drs X. D_____, C. G_____ et F. H_____. Elle estime qu'il faut accorder une pleine valeur probante aux expertises des deux derniers. Quant à la première, elle souligne qu'elle est antérieure de deux ans à celles établies par les Drs G_____ et H_____ et que, dans l'intervalle, la situation médicale du recourant a évolué favorablement. Elle allègue qu'il est ainsi normal que la problématique de l'incapacité de travail n'ait pas reçu la même réponse de la part des experts en 2001 qu'en 2003. Elle rappelle à cet égard que la décision litigieuse a mis un terme au versement d'une rente transitoire avec effet au 30 juin 2004 et fait remarquer que les conclusions de l'expertise du Dr D_____ ont été intégralement prises en compte dans le cadre de la décision du 23 août 2001 par laquelle le recourant a été mis au bénéfice d'une rente transitoire sur la base d'une incapacité de gain de 52%.

L'intimée fait valoir que le rapport médical du Dr N. F_____ n'est pas de nature à atténuer la force probante des expertises des Drs G_____ et H_____ car le Dr F_____, spécialiste FMH en allergologie et immunologie clinique, ne possède pas les qualifications requises en matière neurologique et orthopédique. Qui plus est, il a constaté que depuis octobre 2000, le recourant était inapte à 48% pour des raisons de maladie, c'est-à-dire pour des troubles qui ne sont aucunement en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident. Au surplus, il s'est référé aux résultats de l'expertise mise sur pied par l'assurance-invalidité, laquelle a conclu à une capacité de travail entière.

Quant aux appréciations du médecin traitant, le Dr E. A_____, l'intimée fait remarquer que le 21 mars 2003, il a conclu à une incapacité totale de travail de 76% alors que, le 30 juin 2003, soit moins de trois mois plus tard, il a conclu à une incapacité de travail de 56%, alors même que l'état de santé de l'assuré était stabilisé.

L'intimée se réfère par ailleurs aux constatations du Dr J-P. E_____ du 19 janvier 2001 qui relevait déjà que si une adaptation professionnelle pouvait se faire dans un travail sans port de charges avec possibilité d'alternance de position, on pourrait s'attendre à une capacité de travail de l'ordre de 80%. L'intimée fait remarquer que depuis l'appréciation du Dr E_____, l'état de santé du

recourant a favorablement évolué, si bien qu'il a retrouvé, dans son ancienne activité de preneur de son, une pleine et entière capacité de travail, à condition d'éviter le port systématique de charges de plus de 15 kg. Or, à cet égard, le recourant n'a pas allégué que l'activité de preneur de son occasionne un port de charges systématique de plus de 15 kg.

L'intimée conclut que tout droit à la rente doit être nié et que si, par impossible, le recourant apporte la preuve que l'ancienne activité n'est plus exigible, il conviendra de procéder à une comparaison entre le revenu annuel moyen que réaliserait un opérateur son reportage à plein temps (à savoir 78'959 fr.) et le revenu d'invalide que pourrait réaliser le recourant en qualité de régisseur de production (90'120 fr.), selon les données fournies par l'ancien employeur. En effet, cette profession n'implique pas le port de charges et permet d'alterner des déplacements à pied lors de la reconnaissance des lieux ainsi dans les studios et des travaux de relativement courte durée en position assise. Or une personne qualifiée peut obtenir 90'120 fr., une personne semi-qualifiée 81'108 fr. et une personne à former entre 72'096 fr. pour une personne non qualifiée et 90'120 fr. pour une personne qualifiée.

S'agissant de l'indemnité pour l'atteinte à l'intégrité, l'intimée rappelle que le Dr H_____ l'a fixée à 5% au maximum, alors que c'est finalement une indemnité de 15% qui a été octroyée à l'assuré (décision du 23 août 2001 entrée en force). L'intimée précise cependant qu'elle renonce à procéder à une révision de cette décision.

21. Dans sa réplique du 22 juillet 2005, le recourant a fait remarquer que, contrairement à ce qu'a retenu le Dr H_____, il n'est pas rentré à son domicile après l'accident, mais a été transporté à l'hôpital en urgence en ambulance, transport qui a d'ailleurs été pris en charge par l'intimée. Il conteste l'affirmation du Dr H_____, selon laquelle les douleurs ne seraient jamais présentes au repos ou la nuit. Il fait valoir, concernant le bon état de sa musculature, qu'il suit un traitement de physiothérapie trois fois par semaine, précisément pour maintenir une musculature sans laquelle les douleurs seraient encore amplifiées. Il soutient qu'il n'y a aucun motif de favoriser l'avis du Dr H_____ par rapport à ceux des Drs C_____ et D_____. Certes, le Dr H_____ s'est exprimé postérieurement aux deux premiers, mais il n'a pas considéré que la situation a favorablement évolué depuis que le recourant a été examiné par les Drs C_____ et D_____. Il a tout simplement exprimé un avis divergent. Le recourant demande donc à titre préalable une expertise médicale par un médecin orthopédiste indépendant.

22. Dans sa duplique du 30 août 2005, l'intimée fait remarquer que tant l'expertise du Dr D_____ que celle du Dr G_____ - qui ont tous deux personnellement examiné le recourant - relèvent que ce dernier, suite à sa chute, est dans un premier temps rentré à son domicile; c'est seulement dans un second temps

qu'il s'est rendu chez un radiologue et ce n'est qu'alors qu'il a été transféré à l'hôpital de Rosario. Les déclarations du Dr H_____ sont donc conformes à la réalité.

Quant à celle selon laquelle les douleurs n'interviendraient jamais au repos, il ne s'agit de rien d'autre que de la retranscription des déclarations de l'assuré.

L'intimée ajoute que l'allégation selon laquelle c'est le traitement de physiothérapie qui permet au recourant de présenter une excellente musculature ne résiste pas à l'examen, car le Dr H_____ a jugé que la musculature présentée par le recourant démontrait à l'évidence que ses plaintes étaient au regard des séquelles fonctionnelles objectives. Pour le reste, l'intimée a maintenu sa position.

23. Déférant aux ordonnances rendues par le Tribunal de céans en date des 22 novembre 2006 et 9 mai 2007, l'OAI a, en date du 18 juillet 2007, transmis au Tribunal de céans le dossier du recourant.

24. Dans le délai imparti par le Tribunal de céans, les parties ont fait part de leurs observations quant aux pièces relatives à la procédure AI.

25. Dans son écriture datée du 11 septembre 2007, le recourant persiste dans ses conclusions et requière l'audition du Dr C_____. Il explique que dans le cadre de la procédure AI, le Tribunal fédéral a considéré que l'avis du Dr H_____ tiendrait compte de l'évolution de son état de santé, raison pour laquelle cet avis ne serait pas en contradiction avec les opinions des Drs C_____ et D_____. Selon le recourant, ceci n'est pas conforme à la réalité des faits, dès lors que l'importante diminution de sa capacité de travail, retenue préalablement par les Drs C_____ et D_____, ne s'est pas réduite entre les examens opérés par ces derniers et la consultation chez le Dr H_____, bien au contraire.

A l'appui de ses allégations, le recourant produit trois nouveaux rapports:

- Le Dr I_____, médecin-traitant orthopédiste, fait état, dans un avis daté du 27 avril 2007, des plaintes relatives aux lombalgies chroniques qui empêchent le recourant de marcher et de travailler. D'après les examens cliniques et radiologiques, il présente un syndrome d'instabilité vertébrale post-traumatique. L'incapacité de travail est estimée à 50% (pièce 16 recourant).

- Le Dr C_____ indique avoir vu en consultation le recourant le 27 juin 2007 et explique que, par rapport aux différentes consultations faites en 2000 et 2005, la situation n'est pas très favorable, avec des douleurs à caractère mécanique extrêmement invalidantes nécessitant un traitement médical continu avec un effet très discutable. La capacité de travail du patient reste extrêmement diminuée et il semble difficile de lui demander un travail

supérieur à 50%, même dans une activité purement administrative. Les douleurs sont constantes et aggravées par les positions statiques et immobiles (pièce 14 recourant).

- Dans un rapport daté du même jour, le Dr C_____ requière du Dr J_____, qu'il pratique des infiltrations L1-L2 et L2-L3 à but diagnostic ainsi qu'une discographie des deux disques. Il explique que l'évolution est défavorable, avec persistance de douleurs à caractère mécanique et de sentiments d'instabilité. Il n'y a aucune plainte à caractère neurologique. L'examen clinique est peu contributif et la mobilisation du rachis peu douloureuse. Un bilan radiologique récent montre des séquelles de fracture de L2 consolidée. La situation est extrêmement handicapante sur le plan des douleurs mécaniques lombaires malgré le traitement médical (pièce 15 recourant).

Selon le recourant, il résulte de ces rapports que l'instabilité vertébrale dont il souffre a une influence directe sur sa capacité de travail vu ses douleurs.

Sur le plan économique, le recourant fait valoir que le salaire sans invalidité s'élève à 65'653 fr., ce qui correspond à la moyenne des gains effectifs réalisés en 1997 et 1998. A l'appui de ses allégations, il produit un avis de taxation pour l'année 1998 (pièce 17 recourant). S'agissant du salaire avec invalidité, le recourant est d'avis qu'il ne saurait dépasser 2'500 fr. par mois, dès lors qu'il ne peut travailler davantage qu'à mi-temps dans une activité ne nécessitant aucune connaissance spécifique. Il en résulte ainsi, selon le recourant, un taux d'invalidité supérieur à 50%.

26. Dans son écriture datée du 11 septembre 2007, l'intimée persiste dans ses conclusions. Elle fait valoir que le Tribunal fédéral a retenu que les expertises des Drs G_____ et H_____ revêtent pleine valeur probante et que le recourant conserve une capacité résiduelle de travail entière dans une activité adaptée. Selon l'intimée, la conclusion du recourant visant à ce qu'une nouvelle expertise soit ordonnée doit être rejetée.

S'agissant de la rente d'invalidité, l'intimée explique que, comme le prévoit l'art. 22 al. 4 OLAA, il y a lieu de se référer au revenu brut perçu par le recourant pendant l'année qui a précédé l'accident, soit en l'occurrence 31'256 fr. 45. S'agissant du revenu avec invalidité, l'intimée relève que selon le Tribunal fédéral, ceux retenus par l'Office AI et par la Commission fédérale de recours AVS/AI pour les personnes résidant à l'étranger sont très nettement supérieurs au revenu de valide du recourant, avec pour conséquence que ce dernier ne subit aucune invalidité économique. Par ailleurs, vu l'uniformité de la notion d'invalidité en matière d'assurance-invalidité et d'assurance-accidents et l'évaluation entérinée par le Tribunal fédéral, le recourant ne subit en l'occurrence aucune invalidité.

27. Par courrier du 12 septembre 2007, les écritures ont été transmises aux parties pour information et la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 5 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-accidents. Elle est applicable en l'espèce, dès lors que les faits juridiquement déterminants se sont déroulés postérieurement à son entrée en vigueur (cf. ATF 130 V 446 ss consid. 1, 129 V 4 consid. 1.2). Quoi qu'il en soit, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi, de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3).

3. En dérogation à l'art. 60 LPGA, le délai de recours est de trois mois pour les décisions sur opposition portant sur les prestations d'assurance (art. 106 LAA, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2006). Interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, le recours est recevable.

4. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité de l'assurance-accident au-delà du 30 juin 2004.

5. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

   Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 18 al. 1 LAA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou

mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

Le principe de l'obligation de réduire le dommage (cf. ATF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les arrêts cités; RIEMER-KAFKA, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Fribourg 1999, p. 57, 551 et 572; LANDOLT, Das Zumutbarkeitsprinzip im schweizerischen Sozialversicherungsrecht, thèse Zurich 1995, p. 61) commande à tout assuré de mettre sa capacité de gain résiduelle à profit en accomplissant une activité lucrative compatible avec son état de santé (ATFA du 7 juillet 2005, U 259/04 consid. 5.2). L'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage s'applique donc également en matière d'assurance-accidents (ATF 117 V 400). Le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir après l'accident, ceci pour éviter que la victime soit tentée d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87).

6. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 158 consid. 1b; ATFA non publié du 13 octobre 2004, U 345/03, consid. 3.2).

   Selon le principe de la libre appréciation des preuves, l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. Il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a). .

   Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations

approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permette de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; KIESER, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p. 212, n° 450; KÖLZ/HÄNER, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2e éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité)

7. Le recourant conteste l'évaluation de sa capacité de travail raisonnablement exigible effectuée par le Dr H_____ et invoque les avis des Drs D_____, C_____, F_____, A_____ et I_____, lesquels ont constaté une importante diminution de sa capacité de travail. Pour sa part, l'intimée conclut, sur la base du rapport du Dr H_____, à une capacité de travail entière dans les activités adaptées.

8. En l'espèce, le Dr H_____ a constaté que le recourant souffrait encore des séquelles de la fracture/tassement de L2, les troubles au genou gauche et les cervico-brachialgies n'étant quant à eux plus présents. L'expert a considéré qu'en raison des lombalgies, le recourant est limité dans les activités impliquant le rachis dorsal dans les mouvements en flexion/compression ou en torsion, ainsi que pour le port de charges de plus de 15 kg. Dans des activités adaptées, le Dr H_____ est d'avis que la capacité de travail du recourant est entière.

Le rapport d'expertise du Dr H_____ se base tant sur un examen complet du recourant que sur l'étude du dossier assécurologique et radiologique. L'expert a pris en compte les plaintes exprimées par le recourant et a établi son rapport en pleine connaissance de l'anamnèse. La description et l'appréciation de la situation médicale sont claires, motivées et rédigées de manière neutre. L'expert s'est

exprimé sur l'évolution de l'état de santé du recourant depuis le début de l'incapacité de travail ainsi que sur la capacité de travail exigible et a dûment motivé son point de vue. Ses conclusions sont convaincantes et cohérentes. Il s'ensuit que l'expertise remplit toutes les conditions jurisprudentielles permettant de lui reconnaître une pleine force probante. Reste à examiner s'il existe un indice concret permettant de mettre en cause le bien-fondé de ses conclusions.

Selon le recourant, l'appréciation effectuée par le Dr H_____ quant à sa capacité de travail résiduelle serait contredite par les avis des Drs C_____, D_____, F_____, A_____ et I_____.

Les Drs C_____ et D_____ se sont prononcés en date du 8 mai 2000, respectivement du 11 janvier 2001. Il ressort de leurs rapports que le recourant présentait alors notamment un syndrome d'instabilité post-traumatique et que la situation n'était pas stabilisée (pièces 5 et 6 recourant). Or, lorsque, plus de deux ans plus tard, soit en février 2003, le Dr H_____ a apprécié la situation médicale présentée par le recourant, il a constaté que l'état de santé de ce dernier avait évolué favorablement et s'était stabilisé. On relèvera au demeurant que le recourant ne présentait alors plus d'instabilité discale. L'appréciation de la capacité résiduelle du recourant effectuée par l'expert, qui a tenu compte de cette évolution, ne saurait dès lors être écartée sur la base des avis des Drs C_____ et D_____.

Par ailleurs, ni l'avis du Dr A_____, médecin traitant du recourant, ni celui du Dr F_____, dont la spécialisation ne porte pas sur le type de troubles dont souffre l'intéressé, ne suffisent à mettre sérieusement en doute les conclusions du Dr H_____. Il ne découle au demeurant pas de leur rapport que l'expert aurait négligé d'aborder un aspect essentiel de la situation douloureuse du recourant.

Le recourant fait valoir que les nouvelles pièces produites avec son écriture du 11 septembre 2007 permettent de retenir qu'il souffre d'une instabilité vertébrale qui entraine des douleurs. Le Dr I_____ fait certes état, dans son rapport daté du 27 avril 2007, d'un syndrome d'instabilité vertébrale. Ce diagnostic, posé au demeurant plus de deux ans après la décision sur opposition querellée et au terme d'un rapport très succinct et non motivé, ne saurait néanmoins être retenu. Le Tribunal de céans relève d'ailleurs qu'il ressort expressément du rapport que le Dr C_____ a adressé le 28 juin 2007 au Dr J_____ pour investigations complémentaires, que le recourant présente des douleurs et des "sentiments d'instabilité" qui ne sont pas confirmés par des observations médicales (pièce 15 recourant). S'agissant de la capacité de travail résiduelle du recourant, tant le Dr C_____ que le Dr I_____ l'ont estimée, en 2007, à 50%, sans fournir de plus ample motivation, ni de description d'empêchements quelconques, si ce n'est la présence de douleurs. Ces appréciations, peu

convaincantes, effectuées par les médecins traitants du recourant et ce, plus de deux ans après la décision sur opposition litigieuse, ne sont pas de nature à écarter l'avis du Dr H_____. Les pièces médicales versées au dossier permettant de statuer en pleine connaissance de cause sur le présent litige, la mise en œuvre d'une expertise complémentaire ainsi que l'audition du Dr C_____ s'avèrent donc superflues.

Il y a par conséquent lieu de retenir que le recourant peut exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles et ce, à plein temps.

Il convient cependant de préciser que l'on ne saurait, comme l'allègue l'intimée dans ses écritures, retenir que l'activité de preneur de son effectuée par le recourant lors de son accident est adaptée à ses limitations fonctionnelles. Certes, le Dr H_____ a indiqué que le recourant pourrait reprendre à plein temps son ancienne activité, si celle-ci n'impliquait pas systématiquement des ports de charge de plus de 15 kg. Cependant, il ressort des pièces du dossier que cette activité implique non seulement un port de charges, mais également des travaux en porte-à-faux (Dr C_____, rapport du 8 mai 2000 et Dr D_____, rapport du 11 janvier 2001). Or, comme l'a constaté le Dr H_____, le recourant est limité dans les activités impliquant le rachis dorsal, dans les mouvements en flexion/compression ou en torsion. A cet égard, on relèvera que la Commission fédérale de recours en matière d'AVS/AI pour les personnes résidant à l'étranger a également retenu que le recourant n'était plus en mesure de travailler en qualité de preneur de son (jugement du 10 novembre 2005, AI 60752, consid. 7b), ce qui a en outre été confirmé par le Tribunal fédéral des assurances (arrêt du 20 février 2007, I 47/06, consid. 4.1).

9. Il reste à examiner si l'évaluation du taux d'invalidité à laquelle a procédé l'intimée est conforme aux règles légales applicables ainsi qu'aux principes dégagés par la jurisprudence en la matière, étant précisé que l'assureur-accidents n'est pas lié par l'évaluation de l'invalidité effectuée par l'assurance-invalidité, même si elle est entrée en force (ATF 131 V 362 consid. 2.2; VSI 2004 p. 188 consid. 5; ATFA non publié du 30 août 2005, U 323/04, consid. 4.1).

10. a) Si l'assuré est invalide à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). 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 et 18 LAA).

b) En règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé

(ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Hypothétique, le revenu sans invalidité n'en doit pas moins être évalué de manière aussi concrète que possible. C'est pourquoi le revenu sans invalidité s'évalue, en règle générale, d'après le dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des circonstances à l'époque où est né le droit à la rente (cf. ATF 129 V 222 consid. 4).

Contrairement à ce qui prévaut en assurance-invalidité, le revenu sans invalidité doit être établi sans égard au fait que l'assuré mettait à profit entièrement, ou en partie seulement, sa capacité de travail avant l'accident. Autrement dit, il faut rechercher quelles sont les possibilités de gain d'un assuré censé les utiliser pleinement. L'on prendra en considération un revenu hypothétique, fondé sur une estimation, qui tient compte des aptitudes de l'intéressé et de sa situation personnelle; l'on pourra se fonder sur le salaire réalisé par une personne valide de même âge et de même formation, dans des conditions de lieu analogues; les salaires moyens de la branche peuvent également servir de référence (ATF 119 V 475 consid. 2b).

c) Quant au revenu de l'activité raisonnablement exigible, il doit être déterminé en se référant aux conditions d'un marché du travail équilibré et structuré offrant un éventail d'emplois diversifiés. Il s'agit donc d'une notion théorique (FRÉSARD, L'assurance-accidents obligatoire, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, Bâle, 1998, no 77). Lorsque l'assuré ne reprend pas d'activité lucrative, la comparaison peut se faire au moyen de tabelles statistiques publiées par l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3a/bb et les références) ou de données salariales résultant de descriptions de postes de travail (DPT) (ATF 129 V 472). S'agissant des statistiques, on se référera aux salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321).

La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc).

Enfin, est déterminant, lors de la comparaison des revenus, le moment de l'ouverture du droit à une éventuelle rente et non celui de la décision sur opposition. L'assureur-accidents est cependant tenu, avant de se prononcer sur le droit à une prestation, d'examiner si aucune modification significative des données hypothétiques déterminantes n'est intervenue durant la période postérieure à

l'ouverture du droit. Dans ce cas, il lui incombe de procéder à une nouvelle comparaison des revenus avant de rendre sa décision (ATF 128 V 174 consid. 4a; cf. aussi ATF 129 V 222).

11. En l'espèce, il y a lieu de procéder à la comparaison des revenus.

a) S'agissant du revenu avec invalidité, il ressort de la décision querellée que l'intimée s'est référée aux données salariales fournies par l'ancien employeur concernant l'activité de régisseur de production, cette activité étant, selon la Y_____, adaptée aux limitations fonctionnelles du recourant (pièce 60 intimée). Cette méthode ne remplit cependant pas les exigences strictes imposées par la jurisprudence en la matière (ATF 129 V 478 consid. 4.2.2). Dès lors que le recourant n'a pas repris d'activité lucrative, il convient de se référer aux données statistiques telles qu'elles résultent de l'Enquête suisse sur les salaires (ESS), étant précisé que les dernières données disponibles concernent l'année 2004.

Compte tenu de l'activité de substitution que pourrait exercer le recourant dans une activité légère et adaptée de type industriel ou dans le domaine des services, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives (catégorie 4) dans le secteur privé, soit 4'588 fr. par mois en 2004 (soit 55'056 fr. par an; ESS 2004, TA1). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2004 (41.6 heures; La vie économique, 1/2-2006, B 9.2), ce montant doit être porté à 57'258 fr. (55'056 x 41.6 : 40). Enfin, il conviendrait d'adapter ce montant à l'augmentation des salaires nominaux pour les hommes jusqu'en 2007. Cela étant, le Tribunal de céans préfère se dispenser de cette adaptation (les données faisant défaut) et préfère opérer la comparaison en se basant sur l'année 2004. Le revenu sans invalidité sera donc également arrêté à l'année 2004.

A ce montant, il convient encore, conformément à la jurisprudence, d'appliquer un facteur de réduction sur le salaire statistique. Compte tenu de la situation personnelle et professionnelle du recourant, le Tribunal de céans est d'avis qu'un taux de réduction de 5% se justifie, dès lors que seuls les critères de limitation liés au handicap et aux années de service sont remplis dans le cas particulier. Le recourant, de nationalité suisse, est en effet capable d'exercer une activité à plein temps et il est encore relativement jeune (47 ans à la date de la décision querellée). Compte tenu de l'abattement de 5%, le revenu d'invalide sur la base statistique s'élève à 54'405 fr. (57'258 - 2'863).

b) Pour déterminer le revenu sans invalidité du recourant, il convient de se référer au salaire qu'il aurait pu obtenir dans son ancienne activité s'il n'avait pas été atteint dans sa santé.

Il convient de préciser à cet égard que c'est à tort que l'intimée se fonde sur l'art. 22 OLAA pour déterminer le revenu sans invalidité, alors que cet article porte exclusivement sur le gain assuré. Or, il s'agit de deux notions distinctes, dont la fixation est soumise à des règles différentes (cf. ATF 129 V 222 consid. 4).

En l'occurrence, selon les données fournies par son ancien employeur, le recourant aurait pu réaliser en 2001, à plein temps, un revenu de 88'025 fr. annuels ([38 fr. 25 x 40h] + 10.64% [vacances] x 52 semaines [pièce 49 dossier OAI]). Il convient d'adapter ce montant à l'augmentation des salaires nominaux pour les hommes (+1.6% en 2002; + 1.3% en 2003; + 0.9% en 2004). On aboutit ainsi à un revenu de 91'410 fr. en 2004 qui, une fois comparé au revenu avec invalidité de 54'405 fr., conduit à un taux d'invalidité de 40%.

Il ressort de la comparaison qui précède que c'est à tort que l'intimée a nié le droit du recourant à une rente d'invalidité. Ce dernier aurait en effet dû se voir reconnaître le droit à une rente de 40%. Reste à déterminer à partir de quand.

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

Aux termes de l'art. 30 al. 1 OLAA (dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 1998), édicté par le Conseil fédéral en application de l'art. 19 al. 3 LAA, lorsqu'on ne peut plus attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré, mais que la décision de l'AI concernant la réadaptation professionnelle n'interviendra que plus tard, une rente sera provisoirement allouée dès la fin du traitement médical; cette rente est calculée sur la base de l'incapacité de gain existant à ce moment. Le droit s'éteint avec la décision négative de l'AI concernant la réadaptation professionnelle (let. b) ou avec la fixation de la rente définitive (let. c).

Selon le commentaire de l'art. 30 al. 1 OLAA - nouvelle teneur - donné par l'OFAS, il s'est avéré nécessaire de mieux faire ressortir, aussi bien dans le titre que dans le texte, qu'il ne s'agit en fait que d'une prestation temporaire, qui est fixée provisoirement. L'ancienne réglementation ne déterminait pas le moment à partir duquel la rente transitoire est remplacée par la rente définitive, lorsque, par exemple, l'AI considère, après examen du cas, que des mesures de réadaptation sont inutiles. C'est la raison pour laquelle on précise expressément quand s'éteint la rente transitoire (RAMA 1998 p. 130; cf. aussi au sujet du caractère temporaire MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, p. 371).

A cet égard, le Tribunal fédéral des assurances a précisé que si le législateur n'a pas réglé *expressis verbis* la question du droit à une rente transitoire de l'assureur-

accidents durant une éventuelle procédure de recours concernant les mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité, il a néanmoins manifesté clairement son intention de garantir le versement de telles rentes aussi bien pendant le déroulement desdites mesures de réadaptation que pendant la période qui va de la fin du traitement médical jusqu'au moment où décision est prise quant à d'éventuelles mesures de réadaptation, cas échéant à la mise en œuvre de celles-ci. Par ailleurs, on sait que l'obligation de l'assureur-accidents d'allouer ses prestations dépend indubitablement de la décision de l'AI portant sur le droit de l'assuré aux mesures de réadaptation d'ordre professionnel (art. 19 al. 1 LAA; OMLIN, Die Invalidität in der obligatorischen Unfallversicherung, p.199).

Selon le Tribunal fédéral des assurances, l'on ne voit pas que la rente transitoire allouée pendant la durée de la procédure menant à la décision de l'AI ne puisse pas concerner la durée totale de cette procédure, y compris lorsqu'il y a recours, faute de quoi l'intention du législateur d'assurer le versement de prestations pendant cette période temporaire et transitoire ne serait pas respectée. On peut relever aussi qu'une telle interprétation peut se fonder en partie sur le texte de la loi dès lors que par décision de l'AI il y a lieu de comprendre décision de l'assurance-invalidité en général et non exclusivement décision de l'office AI, organe particulier de cette assurance. Il s'ensuit que par décision négative de l'AI concernant la réadaptation, au sens de l'art. 30 al. 1 let. b OLAA, il faut comprendre une décision exécutoire (ATF 129 V 283).

12. En l'occurrence, l'OAI n'a certes pas rendu de décision concernant les mesures de réadaptation. Cela étant, il n'en demeure pas moins que par ses décisions des 22 août 2003 et 28 septembre 2004, l'OAI a implicitement refusé au recourant l'octroi de mesures de réadaptation. Ces décisions ont fait l'objet d'un recours auprès de la Commission fédérale de recours en matière d'AVS/AI pour les personnes résidant à l'étranger, laquelle était saisie de la question de l'octroi de mesures de reclassement, les conclusions subsidiaires du recourant allant dans ce sens.

    Il s'ensuit que l'intimée ne pouvait mettre fin au versement de la rente transitoire au 30 juin 2004 dès lors que la procédure menant à une décision de l'AI était encore en cours.

    Par conséquent, le droit à la rente transitoire s'est éteint au moment où le jugement de la Commission fédérale de recours en matière d'AVS/AI pour les personnes résidant à l'étranger est entré en force, soit le 20 février 2007, lorsque le Tribunal fédéral a rejeté le recours interjeté contre ledit jugement.

    En conséquence, le recourant a droit au versement de la rente transitoire jusqu'à fin février 2007, puis à une rente de 40% à partir du 1er mars 2007.

13. Au vu de ce qui précède, le recours est admis.

Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de 1'500 fr. lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet et annule les décisions de LA BALOISE COMPAGNIE D'ASSURANCES des 15 juillet et 20 décembre 2004.

3. Dit que Monsieur Q_____ a droit à la rente transitoire jusqu'au 28 février 2007, puis à une rente d'invalidité de 40% à partir du 1er mars 2007.

4. Condamne l'intimée à verser au recourant une indemnité de 1'500 fr. à titre de dépens.

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); 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

Janine BOFFI | Karine STECK

La secrétaire-juriste : Amélia PASTOR

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