

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/795/2014

ATAS/360/2015

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 18 mai 2015**

**6<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié au GRAND-LANCY, comparant  
avec élection de domicile en l'étude de Maître ETIER Guillaume

recourant

contre

SUVA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCES EN CAS  
D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUZERN, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître ELSIG Didier

intimée

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Teresa SOARES et Jean-Pierre WAVRE,  
Juges assesseurs**

**EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né le \_\_\_\_\_ 1959, originaire du Portugal, est employé auprès de B\_\_\_\_\_ SA (ci-après : l'employeur) depuis le 2 octobre 1995 et assuré à ce titre contre le risque accident auprès de la Caisse nationale d'assurances en cas d'accidents (ci-après : la SUVA).
2. Le 6 août 2010, alors qu'il séjournait au Portugal, l'assuré est tombé d'une échelle dans sa maison et s'est fracturé la colonne lombaire (L2). Il a été transporté aux urgences, Tras Os Montos E Alto Douro Lordelo, où il a séjourné du 6 au 9 août 2010 puis au centre hospitalier de Vila Real où il a séjourné jusqu'au 16 août 2010.
3. L'assuré a été opéré le 6 août 2010 au Portugal.
4. Le 16 août 2010, l'employeur a rempli la déclaration de sinistre LAA et le cas a été pris en charge par la SUVA, soit une indemnité journalière versée dès le 9 août 2010 ainsi que le paiement des frais médicaux.
5. L'assuré a été rapatrié en Suisse le 5 septembre 2010 et a été suivi par le docteur C\_\_\_\_\_, médecin adjoint au Service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des Hôpitaux Universitaire de Genève (HUG), puis par la doctoresse D\_\_\_\_\_, FMH médecine générale.
6. Le 15 octobre 2010, l'assuré a déposé une demande de prestations d'invalidité.
7. Le 19 octobre 2010, la SUVA a communiqué le cas à l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI).
8. Le 13 décembre 2010, la Dresse D\_\_\_\_\_ a rempli un rapport médical intermédiaire selon lequel l'assuré présentait une fracture L2 sans déficit neurologique, des difficultés à la marche, des douleurs dorsales et des gonalgies gauches ; une réévaluation était prévue en février 2011 aux HUG ; il fallait probablement envisager un post adapté, tel celui de magasinier, moins physique. L'incapacité de travail était totale depuis le 6 août 2010.
9. La Dresse D\_\_\_\_\_ a prolongé l'incapacité de travail totale les 17 janvier 2011, 21 février 2011, 23 mars 2011, 24 avril 2011, 17 mai 2011, 30 mai 2011, 25 juillet 2011, 15 août 2011, 22 septembre 2011, 27 octobre 2011, 21 décembre 2011, 31 janvier 2012, 27 mars 2012, 24 mai 2012, 15 juin 2012, 23 juillet 2012, 22 août 2012 et 24 septembre 2012.
10. Le 12 janvier 2011, le Dr C\_\_\_\_\_ a rempli un rapport médical initial LAA attestant d'une incapacité de travail totale depuis le 6 août 2010.
11. Le 25 janvier 2011, l'OAI a relevé que l'assuré ne s'était pas montré preneur pour un cours de français et qu'aucune mesure IP ne serait organisée.

12. Par communication du 26 janvier 2011, l'OAI a refusé une mesure de réadaptation professionnelle.
13. Le 9 février 2011, le Dr C\_\_\_\_\_ a attesté que l'assuré ne pouvait retravailler comme maçon (interdiction de porter des charges de plus de 5 kilos et de maintenir les positions prolongées). Il était recommandé qu'il puisse bénéficier d'une réorientation professionnelle ou d'une adaptation dans son poste actuel.
14. Le 9 février 2011, le Dr C\_\_\_\_\_ a constaté une amélioration mais des douleurs persistantes empêchant une reprise de travail. Il y avait également une gonarthrose du compartiment interne du genou gauche et un kyste de Baker qui nécessitaient une consultation en chirurgie orthopédique.
15. Lors d'un entretien avec la SUVA le 16 mars 2011, une réunion a eu lieu avec l'employeur, la SUVA et la Prévention et maintien de la santé en entreprise (PMSE SA) et un éventuel séjour à la CRR a été évoqué.
16. Lors d'un entretien du 6 mai 2011, l'assuré a indiqué qu'il ne ressentait pas d'amélioration, son dos était gonflé et il avait le genou gauche enflammé.
17. Le 17 mai 2011, la Dresse D\_\_\_\_\_ a indiqué un état stationnaire et peu d'évolution sur le plan des douleurs ; il fallait s'attendre à un syndrome douloureux, une rigidité lombaire avec une diminution de la mobilité.
18. Le 30 mai 2011, la Dresse D\_\_\_\_\_ a attesté d'une incapacité de travailler comme manœuvre.
19. Le 7 juin 2011, l'assuré a signalé à la SUVA une amélioration du dos mais des troubles du sommeil en raison de douleurs dorsales.
20. Le 7 juillet 2011, le Dr C\_\_\_\_\_ a attesté de lombalgies et d'une incapacité de travail totale.
21. Le 12 juillet 2011, l'assuré a signalé une aggravation (éventuel œdème).
22. Le 26 juillet 2011, le Dr C\_\_\_\_\_ a attesté d'un état de santé stationnaire, de lombalgies et d'une incapacité totale de travail comme maçon.
23. Le 19 septembre 2011, l'assuré a signalé des douleurs au coccyx irradiant jusqu'à la tête, des gaz dans le ventre, des rougeurs de la peau et de l'arthrose au genou.
24. Le 26 septembre 2011, le docteur E\_\_\_\_\_, FMH en chirurgie, médecin d'arrondissement de la SUVA, a rendu une appréciation médicale proposant un séjour à la CRR.
25. Le 12 octobre 2011, le docteur F\_\_\_\_\_, FMH cardiologie, a attesté d'hypertension artérielle depuis le 23 septembre 2010 n'entraînant aucune incapacité de travail.
26. Du 2 au 22 novembre 2011, l'assuré a séjourné à la CRR.
27. Le 3 novembre 2011, le Dr C\_\_\_\_\_ a indiqué que son traitement était terminé et que l'assuré présentait des lombalgies persistantes.

28. Le 10 novembre 2011, un CT colonne lombaire a conclu à une consolidation partielle de la fracture de l'apophyse épineuse de L1 ; une consolidation partielle de la fracture-tassement du plateau supérieur de L2 (persistance de quelques traits de fracture corticaux) ; perte de hauteur de 30% ; pas de fracture-tassement des autres corps vertébraux sus et sous-jacents ; un status post-ostéosynthèse par voie postérieure avec vis transpédiculaires L1, L2 et L3 sans signe de résorption osseuse au voisinage immédiat du matériel mis en place ; un bon alignements des murs antérieur et postérieur ; pas de recul du mur postérieur et des parties molles sp.
29. Le 29 novembre 2011, la CRR a posé les diagnostics de lombalgies chroniques - chute d'une échelle le 6 août 2010 avec burst-fracture de L2, traitée par fixation postérieure de L1 à L3 et trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée. La prise en charge interdisciplinaire n'avait pas eu d'impact sur les plaintes. Il y avait une discordance entre les anomalies objectives et l'intensité des plaintes et du handicap fonctionnel. La situation était stabilisée. Il y avait une incapacité de travail définitive comme maçon. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : maintien prolongé du tronc en porte-à-faux, port de charge de plus de 10 kilos, travail au sol le tronc incliné en avant, flexion-torsion répétée du tronc, impossibilité d'alterner les positions debout et assise et exposition du corps entier aux vibrations.  
  
L'incapacité de travail était totale du 23 novembre au 22 décembre 2011.
30. Les 19 décembre 2011, 3 février 2012 et 27 avril 2012, l'assuré a signalé à la SUVA qu'il ne présentait aucune amélioration physique et avait des douleurs permanentes au dos.
31. Le 17 janvier 2012, le SMR a estimé qu'une instruction complémentaire auprès de la CRR et de la Dresse D\_\_\_\_\_ était nécessaire.
32. Le 5 mars 2012, la Dresse D\_\_\_\_\_ a indiqué un état de santé stationnaire depuis novembre 2010, un pronostic mauvais et une incapacité définitive comme maçon. Elle s'est référée au rapport de la CRR.
33. Un procès-verbal de séance tripartite du 6 mars 2012 relève que l'employeur pourrait mettre fin au contrat dès lors que l'assuré ne se voyait pas travailler, même deux heures par jour.
34. Le 12 avril 2012, l'employeur a licencié l'assuré pour le 31 mars 2012.
35. Le 30 avril 2012, à la demande de l'OAI, la CRR a précisé qu'il n'y avait pas, dans les limitations fonctionnelles, une impossibilité d'alterner les positions debout/assise mais qu'une telle alternance devrait permettre un rendement plus élevé. Il existait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.
36. Le 19 juin 2012, l'assuré a signalé à la SUVA une cheville et genou droits gonflés, des douleurs au dos irradiant jusqu'à la nuque et une perte de force et de musculature.

37. Le 27 juin 2012, le docteur G\_\_\_\_\_, FMH chirurgie orthopédique, médecin d'arrondissement de la SUVA, a rendu un rapport suite à l'examen de l'assuré.
- Celui-ci se plaignait de douleurs au bas du dos, d'irradiation dans la jambe droite et d'hypertension. La situation était stabilisée ; il fallait surveiller les dysesthésies et le déficit sensitif du membre inférieur droit. Une évaluation neurologique avec ENMG était proposée. Le travail de maçon était exclu ; la capacité était totale dans une activité légère, avec changement de position, sans mouvement en porte-à-faux ou flexions/torsions répétées du tronc et le travail incliné en avant. Les diverses comorbidités HFMS, hypertension, stéatose hépatique, pouvaient impacter sur l'état général du patient. Une IPAI de 15 % se justifiait.
38. Le 12 juillet 2012, la doctoresse H\_\_\_\_\_ du SMR a estimé qu'il convenait de s'aligner sur la décision de la SUVA et de déterminer les mesures professionnelles adaptées à la situation de l'assuré.
39. Le 31 juillet 2012, l'OAI a fixé le degré d'invalidité de l'assuré à 16,48 % en retenant un revenu sans invalidité 2011 de CHF 66'523.- et un revenu d'invalidité 2011 de CHF 55'560.- (soit selon l'ESS 2010, TA1, homme, niveau 4 pour 41,6 heures de travail par semaine avec une déduction de 10 % en raison des limitations fonctionnelles, indexé en 2011).
40. Le 6 août 2012, la SUVA a versé à l'assuré une IPAI de CHF 18'900.-.
41. Par projet de décision du 6 août 2012, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière du 1<sup>er</sup> août 2011 au 29 février 2012. Le degré d'invalidité était de 16 % dès le 29 novembre 2011, date à partir de laquelle l'assuré présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.
42. Le 23 août 2012, la Dresse D\_\_\_\_\_ a attesté d'une évolution difficile sur le plan fonctionnel, avec des douleurs chroniques lombaires et une d'impotence fonctionnelle majeure. L'assuré était gêné dans les moindres gestes de la vie quotidienne. L'incapacité de travail comme maçon était totale et une réinsertion professionnelle limitée du fait du contexte psychologique, du déconditionnement prolongé et de comorbidité (HTA, hypercholestérolémie et stéatose hépatique).
43. Le 11 septembre 2012, l'assuré a signalé à la SUVA qu'il ne pouvait rester assis plus de 30 minutes et souhaitait faire un stage professionnel.
44. Le 19 octobre 2012, il a indiqué qu'il n'était pas d'accord avec les conclusions du rapport de la CRR.
45. Le 9 novembre 2012, la Dresse H\_\_\_\_\_ du SMR a estimé que le courrier de la Dresse D\_\_\_\_\_ du 23 août 2012 n'apportait aucun nouvel élément médical.
46. Le 28 janvier 2013, la SUVA a informé l'assuré qu'elle cessait le versement de l'indemnité journalière au 31 mars 2013 et qu'elle se prononcerait sur une invalidité partielle dès le 1<sup>er</sup> avril 2013.

47. Par décision du 7 mai 2013, l'OAI a alloué à l'assuré une rente mensuelle de CHF 1'321.- du 1<sup>er</sup> août 2011 au 29 février 2012.
48. Par décision du 8 mai 2013, la SUVA a alloué à l'assuré une rente d'invalidité mensuelle de CHF 872,90 depuis le 1<sup>er</sup> avril 2013 fondée sur un taux d'invalidité de 19 %. Le revenu d'invalidité était de CHF 4'478.- par mois. Il correspondait à la moyenne des salaires de cinq professions, soit collaborateur de production (au Brassus, à Sainte-Croix et à Renens), employé d'horlogerie aux Bioux et praticien en logistique à Nyon. Le revenu sans invalidité était de CHF 5'559.- par mois. Une IPAI de 15 % était également due.
49. Le 4 juin 2013, l'assuré, représenté par un avocat, a fait opposition à la décision du 8 mai 2013 de la SUVA au motif qu'il était incapable de travailler. Il a complété son opposition le 9 juillet 2013 en relevant que la SUVA avait méconnu, à tort, ses troubles dépressifs réactionnels et d'anxiété et le fait qu'il était illettré, sans permis de conduire ; par ailleurs une IPAI de 20 % était justifiée pour les troubles physiques et une IPAI de 20 % pour le trouble dépressif et l'anxiété, de sorte qu'un taux de 40 % était dû au total.
50. Le 10 juin 2013, la Dresse D\_\_\_\_\_ a attesté que sur le plan général l'évolution était défavorable avec la persistance de lombalgies chroniques. Le patient était gêné dans tous les gestes de la vie quotidienne, ne pouvait rester longtemps assis, changeait sans cesse de position, avait aussi des douleurs la nuit, déambule dans l'appartement. Le traitement antalgique était régulièrement adapté sans changement sur les plaintes. Une anxiété et un état dépressif s'étaient installés secondairement à la persistance d'un syndrome douloureux, la perte de l'emploi et la dégradation sociale. Un traitement antidépresseur avait été associé sans changement notable. Actuellement, à presque trois ans de l'accident, il persistait des douleurs chroniques et une aggravation de la thymie marquée par des idées dépressives et la présence de ruminations. Une réinsertion dans un autre domaine que la main-d'œuvre, pour laquelle il était jugé inapte à 100 % était illusoire. Le peu d'éducation, le contexte psychologique et le déconditionnement prolongé aboutissaient à une chronicité des symptômes vouant à l'échec tout essai de réinsertion même occupationnelle. L'incapacité liée à l'accident était reconnue à 16 %. Du point de vue médical, l'assuré était en incapacité totale depuis le 1<sup>er</sup> mars 2013 pour une durée indéterminée.
51. Par décision du 17 juin 2013, l'Office cantonal de l'emploi (OCE) a déclaré l'assuré inapte au placement dès le 1<sup>er</sup> avril 2013.
52. Le 27 janvier 2014, l'assuré a informé la SUVA qu'il était en dépression, avait mal en permanence, restait très souvent couché et marchait au maximum 30 minutes par jour.
53. Le 7 février 2014, l'assuré a observé qu'il avait été victime d'un accident grave et que même qualifié de moyen, l'accident permettait, notamment au vu de la longue durée des soins, des douleurs persistantes et de la nature de la lésion, d'admettre le

lien de causalité adéquate avec les troubles psychiques. Une rente d'invalidité entière et une IPAI de 40 % étaient dues.

54. Par décision du 12 février 2014, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assuré au motif que l'accident était de gravité moyenne, même si l'assuré avait chuté d'une hauteur de trois mètres et que les critères jurisprudentiels n'étaient pas remplis pour admettre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques et l'accident ; par ailleurs, le manque de formation, de connaissance linguistique et l'âge, ne pouvaient être pris en considération. Le revenu d'invalidité n'était pas contesté mais les DPT retenus n'étaient pas exemptes de toutes critiques ; cependant les données statistiques, également pertinentes, aboutissaient même à un revenu supérieur (ESS 2010, TA1, niveau 4, adapté à l'horaire usuel dans les entreprises, indexé en 2013, avec une déduction de 10 %). Quant à l'IPAI, elle était fondée sur l'appréciation du Dr G\_\_\_\_\_, qu'aucun autre avis médical ne contestait.

55. Le 17 mars 2014, l'assuré, représenté par un avocat, a recouru à l'encontre de la décision sur opposition de la SUVA auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité de 100 % et d'une IPAI de 40 % ; préalablement il a requis sa comparution personnelle et l'ordonnance d'une expertise psychiatrique et orthopédique.

Le médecin de la SUVA avait lui-même admis qu'une reprise de travail était théorique ; la caisse de chômage l'avait considéré inapte au placement et la CRR avait évoqué un mauvais pronostic en terme de réintégration professionnelle ; il était totalement incapable de travailler ; sans formation, il ne pouvait retrouver un autre emploi ; ses troubles psychiques l'empêchaient également de travailler ; l'accident était grave mais même considéré comme moyen, les critères jurisprudentiels étaient remplis pour reconnaître une causalité adéquate entre les troubles psychiques et l'accident ; la chute était imprévisible, la lésion à la colonne restreignait ses mouvements et lui faisait craindre une paralysie, le traitement médical était très long, les douleurs physiques persistantes et l'incapacité de travail également longue. L'atteinte grave et douloureuse à la colonne vertébrale justifiait une IPAI de 20 % et l'atteinte psychique une IPAI de 20 %, de sorte qu'une IPAI de 40 % était due.

56. Le 15 avril 2014, la SUVA a conclu au rejet du recours.

Tous les médecins convergeaient vers l'estimation d'une capacité de travail totale dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Le dossier était suffisamment instruit. Une capacité de gain était exigible au sens des emplois cités dans les DPT, ce d'autant que l'OAI l'admettait également ; le calcul du taux d'invalidité de 19 % n'était pas remis en cause. Il n'existait pas de lien de causalité adéquat entre l'accident et les troubles psychiques de l'assuré ; même si l'accident était qualifié de moyen, il n'existait pas de critère jurisprudentiel pour admettre

l'existence d'un tel lien, enfin, aucun élément médical n'était avancé pour contester le taux de l'IPAI. Le dossier était complet et une expertise médicale n'était pas nécessaire.

57. Le 29 avril 2014, la chambre de céans a ordonné l'apport du dossier AI.
58. Le 26 mai 2014, la chambre de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle. Le recourant a déclaré :

« Je me sens mal et je n'arrive pas bien à dormir. J'ai des douleurs au dos qui irradient dans la jambe droite. J'ai des douleurs dans la jambe dès que je reste en position assise ou debout dès que je reste debout 10 à 15 minutes. J'ai des douleurs permanentes dans le dos qui entraînent des troubles importants du sommeil et je dois prendre du Dafalgan pour pouvoir dormir. Durant la journée je fais quelques petites promenades de 10 à 15 minutes puis je retourne chez moi en raison des douleurs et je regarde la télévision allongé sur mon canapé. Je ne fais aucune tâche ménagère. Je suis toujours suivi par la Dresse D\_\_\_\_\_. Je la vois chaque mois. Je prends un médicament pour le cœur, pour le diabète, et du Dafalgan contre les douleurs. Lors de mon séjour à la CRR j'ai fait des exercices à la piscine et sur un vélo mais mon état de santé ne s'est pas amélioré.

Je m'estime totalement incapable de travailler même dans une activité en position assise car je dois régulièrement me lever en raison des douleurs.

J'ai été manoeuvre chez B\_\_\_\_\_ depuis 1995. Je suis titulaire d'un permis B. Je n'ai pas contesté la décision de l'OAI du 7 mai 2013. Je ne suis plus suivi par le Dr C\_\_\_\_\_. Je dois tout le temps me déplacer avec ma canne, même pour effectuer des petits gestes.

Avant l'accident je n'avais aucun problème au dos. J'étais bien. Je n'avais pas de problème pour travailler. Egalement du point de vue psychique j'allais bien avant l'accident alors que maintenant je ne me sens pas bien et je n'ai plus la même envie de vivre ma vie. Le jour de l'accident j'étais en haut d'une échelle de 4 mètres et j'ai fait une chute de 3 mètres. Le matin j'ai besoin de plus de temps qu'avant pour me réveiller et m'habiller. Avant d'être engagé chez B\_\_\_\_\_ en 1995, j'ai travaillé durant 9 années dans les vignes à I\_\_\_\_\_. J'habitais à l'année chez mon employeur. Je tiens à signaler que je me sens chaque fois de pire en pire. »

59. Le 13 juin 2014, la SUVA a précisé que les DPT avaient été jugés comme non exempts de toute critique car elle entendait tenir compte du fait que c'était dans la branche économique de la construction que l'assuré pourrait le mieux mettre à profit ses connaissances professionnelles et sa capacité de travail, que la déduction opérée sur le salaire statistique était justifiée par les limitations fonctionnelles et la situation personnelle de l'assuré et que la méthode statistique aboutissait à un taux d'invalidité de 16 %, inférieur à celui retenu de 19 %.
60. Le 16 juillet 2014, l'assuré a observé que la SUVA reconnaissait que les DPT n'étaient pas adaptées à sa situation, qu'il ne pourrait, vu ses limitations, trouver un

---

emploi dans le domaine de la construction, domaine que la SUVA considérait comme adapté pour sa réinsertion, que son invalidité était totale, compte tenu de son absence de formation, que l'abattement de 10 % opéré ne tenait pas compte du fait qu'il était illettré, parlait très mal le français, avait 55 ans et présentait des séquelles physiques importantes, de sorte qu'un abattement de 25 % se justifiait, que ses douleurs étaient reconnues par les médecins et que, compte tenu des séquelles physiques, elles l'empêchaient d'exercer la moindre profession, qu'enfin une expertise orthopédique et psychologique se justifiait.

61. Le 6 octobre 2014, à la demande de la chambre de céans, la Dresse D\_\_\_\_\_ a indiqué qu'elle n'était pas d'accord avec la conclusion par le CRR d'une capacité de travail totale dans une activité adaptée, aucune activité n'étant envisageable; elle n'était pas non plus d'accord avec l'estimation du Dr G\_\_\_\_\_, soit une pleine capacité de travail dans une activité légère; l'évolution était défavorable avec l'apparition d'un syndrome douloureux chronique, une adynamie totale ne répondant pas aux différents traitements antidépresseurs. L'incapacité de travail était totale depuis l'accident.
62. Par ordonnance du 16 décembre 2014, la chambre de céans a confié une expertise au docteur J\_\_\_\_\_, FMH rhumatologie.
63. Le 27 janvier 2015, le Dr J\_\_\_\_\_ a rendu son rapport d'expertise, parvenu à la chambre de céans le 23 février 2015.

L'assuré se plaignait de douleurs persistantes dans la région lombaire moyenne et basse et dans les fesses, avec irradiation vers le thorax et la jambe gauche, de douleurs au pied gauche et au genou gauche; l'expert a posé le diagnostic d'état douloureux chronique (dans le cadre d'une fibromyalgie, depuis 2011), d'état anxio dépressif, de troubles statiques des genoux (valgus et recurvatum ddc), d'arthrose fémoro-tibiale interne gauche débutante, de séquelles de fracture de L2 avec perte de hauteur de la partie centrale de 30% environ (fixée par un appareillage bien stable d'après des clichés récent). (Depuis août 2010 probablement).

Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes :

Limitation de la mobilité lombaire surtout pour les inflexions latérales et les mouvements antéro-postérieurs. Limitation de la mobilité de l'avant-pied gauche (goutte en poussée). Limitation de la flexion des genoux (modérée).

Les éléments douloureux actuels faisaient partie non plus de l'accident de 2010, mais de maladies, comme cela avait déjà été considéré par la SUVA dès mars 2013. Sur un plan purement somatique, l'assuré pourrait exercer une activité en position assise et debout, alternativement à 60%, et ceci depuis 2013.

Il y avait une nette limitation de la mobilité rachidienne lombaire, des troubles statiques des deux genoux, une arthrose débutante à gauche et des crises de goutte du pied gauche. Ces divers éléments pouvaient entraîner par moments des difficultés à la marche.

Le Dr J\_\_\_\_\_ était d'accord avec le rapport de la CRR du 29 novembre 2011 concluant à une incapacité de travail dans la profession actuelle de maçon à 100% de façon définitive. Une pleine capacité dans un travail adapté ne lui paraissait toutefois plus actuellement envisageable.

Après correction des troubles métaboliques, on devrait parvenir à une capacité de travail de 60%. Actuellement, eu égard à l'âge de l'assuré, au syndrome métabolique, à l'absence de connaissance de la langue française, il pensait qu'une réadaptation ne serait pas réalisable. Il était nécessaire de mettre en place un traitement de la goutte et un traitement à visée hypocalorique pour abaisser le BMI.

64. A la demande de la chambre de céans, le Dr J\_\_\_\_\_ a précisé le 3 mars 2015 que la limitation de la mobilité rachidienne et lombaire était en rapport direct avec l'accident de 2010, que le taux de capacité de travail, d'un point de vue uniquement rhumatologique, était de 60% dans une profession adaptée, que des éléments d'ordre non traumatique, soit la goutte touchant le pied gauche et l'arthrose du genou gauche, entraînent pour un tiers dans l'incapacité de travail d'origine rhumatologique de 40%, que les limitations fonctionnelles rhumatologiques empêchaient partiellement une activité d'employé en horlogerie ou de praticien en logistique, à hauteur de deux tiers.
65. Le 14 avril 2015, l'assuré a observé que l'expert reconnaissait une capacité de travail limitée à 60%, mais, dans le complément d'expertise, avait curieusement indiqué que le problème de goutte participait de l'incapacité de travail, que l'arthrose du genou gauche était en lien avec l'accident, qu'il convenait de procéder, dans le calcul du degré d'invalidité, à un abattement complémentaire permettant de tenir compte de son absence de formation et de son quasi-illettrisme.
66. Le 14 avril 2015, la SUVA a observé que l'expert se ralliait à l'examen du Dr G\_\_\_\_\_, qu'il considérait que les éléments douloureux actuels étaient la conséquence exclusive de troubles maladiques, qu'il y avait unanimité du point de vue médical sur l'absence d'incapacité de travail dans l'exercice d'une activité adaptée; qu'un abattement de 10% était suffisant et que le recours devait être rejeté.

### **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; RS E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, 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. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

---

Toutefois, 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 343 consid. 3).

3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.
4. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité supérieure à 19% et une IPAI supérieure à 15 %
5. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références).

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

6. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci.

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1, ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références).

Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»; ATF 119 V 335

consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

7. Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prêter de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (statu quo ante ou statu quo sine) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b; ATF 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).
8. Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).
9. Le caractère adéquat du lien de causalité ne doit être admis que si l'accident revêt une importance déterminante par rapport à l'ensemble des facteurs qui ont contribué à produire le résultat considéré, notamment la prédisposition constitutionnelle. Cela étant, dans ce contexte, il sied encore de préciser que la causalité adéquate ne peut pas déjà être niée en raison d'une prédisposition constitutionnelle dès lors que la question de l'adéquation en général se détermine non seulement en tenant de personnes saines tant sur le plan psychique que physique mais également en tenant compte de personnes avec une prédisposition constitutionnelle (ATF 115 V 403 consid. 4b).
10. Les prestations d'assurance sont également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents, du 20 décembre 1982 - OLAA ; RS 832.202). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée

comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même atteinte qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a, ATF 118 V 293 consid. 2c et les références).

Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 296 consid. 2c et les références; RAMA 2006 n° U 570 p. 74 consid. 1.5.2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 80/05 du 18 novembre 2005 consid.1.1).

11. Dans le cas de troubles psychiques additionnels à une atteinte à la santé physique, le caractère adéquat du lien de causalité suppose que l'accident ait eu une importance déterminante dans leur déclenchement. La jurisprudence a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par ex. une chute banale); les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 115 V 133 consid. 6; ATF 115 V 403 consid. 5). Sont déterminantes les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_890/2012 du 15 novembre 2013 consid. 5.2 et les références).

Selon la jurisprudence (ATF 115 V 403 consid. 5), lorsque l'accident est insignifiant (l'assuré s'est par exemple cogné la tête ou s'est fait marcher sur le pied) ou de peu de gravité (il a été victime d'une chute banale), l'existence d'un lien de causalité adéquate entre cet événement et d'éventuels troubles psychiques peut, en règle générale, être d'emblée niée. Selon l'expérience de la vie et compte tenu des connaissances actuelles en matière de médecine des accidents, on peut en effet partir de l'idée, sans procéder à un examen approfondi sur le plan psychique, qu'un accident insignifiant ou de peu de gravité n'est pas de nature à provoquer une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. L'événement accidentel n'est ici manifestement pas propre à entraîner une atteinte à la santé mentale sous la forme, par exemple, d'une dépression réactionnelle. On sait par expérience que de tels accidents, en raison de leur importance minimale, ne peuvent porter atteinte à la santé psychique de la victime. Dans l'hypothèse où, malgré tout, des troubles notables apparaîtraient, on devrait les attribuer avec certitude à des facteurs étrangers à l'accident, tels qu'une prédisposition constitutionnelle. Dans ce cas, l'événement accidentel ne constituerait en réalité que l'occasion pour l'affection mentale de se manifester.

Lorsque l'assuré est victime d'un accident grave, il y a lieu, en règle générale, de considérer comme établie l'existence d'une relation de causalité entre cet événement et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. D'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, un accident grave est propre, en effet, à entraîner une telle incapacité. Dans ces cas, la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique se révélera la plupart du temps superflue.

Sont réputés accidents de gravité moyenne les accidents qui ne peuvent être classés dans l'une ou l'autre des catégories décrites ci-dessus. Pour juger du caractère adéquat du lien de causalité entre de tels accidents et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique, il ne faut pas se référer uniquement à l'accident lui-même. Il sied bien plutôt de prendre en considération, du point de vue objectif, l'ensemble des circonstances qui sont en connexité étroite avec l'accident ou qui apparaissent comme des effets directs ou indirects de l'événement assuré. Ces circonstances constituent des critères déterminants dans la mesure où, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, elles sont de nature, en liaison avec l'accident, à entraîner ou aggraver une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique.

Pour admettre l'existence du lien de causalité en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut donc prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa; ATF 115 V 403 consid. 5c/aa):

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;
- la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques;
- la durée anormalement longue du traitement médical;
- les douleurs physiques persistantes;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ;
- les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes;
- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références; ATF 115 V 133 consid. 6c/bb; ATF 115 V 403 consid. 5c/bb).

---

12. a) Selon l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA26) à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité. Selon 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.

b) Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

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. Compte tenu des capacités professionnelles de l'assuré et des circonstances personnelles le concernant, on prend en considération ses chances réelles d'avancement compromises par le handicap, en posant la présomption que l'assuré aurait continué d'exercer son activité sans la survenance de son invalidité. Des exceptions ne sauraient être admises que si elles sont établies au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 p. 224 et la référence ; ATF 8C/290/2013 du 11 mars 2014, consid. 6.1).

c) 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). Une déduction globale maximale de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc p. 79 s. ; ATF 9C 355/2011 du 8 novembre 2011, consid. 4.2).

13. Aux termes de l'art. 24 LAA, si par suite d'un accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (al. 1). L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé (al. 2). D'après l'art. 25 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital (al. 1, 1<sup>ère</sup> phrase); elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité (al. 1, 2<sup>ème</sup> phrase). Elle est également versée en cas de maladie professionnelle (cf. art. 9 al. 3 LAA). Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (al. 2).

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est une forme de réparation morale pour le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence etc.) subi par la personne atteinte, qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant. Elle n'a pas pour but d'indemniser les souffrances physiques ou psychiques de l'assuré pendant le traitement, ni le tort moral subi par les proches en cas de décès. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.1 et les références). En cela, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité se distingue de la réparation morale selon le droit civil, qui n'implique pas une atteinte durable et qui vise toutes les souffrances graves liées à une lésion corporelle (ATF 133 V 224 consid. 5.1 et les références). Contrairement à l'évaluation du tort moral, la fixation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité peut se fonder sur des critères médicaux d'ordre général, résultant de la comparaison de séquelles similaires d'origine accidentelle, sans qu'il soit nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'une atteinte entraîne pour l'assuré concerné. En d'autres termes, le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ne dépend pas des circonstances particulières du cas concret, mais d'une évaluation médico-théorique de l'atteinte physique ou mentale, abstraction faite des facteurs subjectifs (ATF 115 V 147 consid. 1; ATF 113 V 218 consid. 4b et les références; voir aussi ATF 125 II 169 consid. 2d).

14. 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 157 consid. 1b).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais 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. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, 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. 3).

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 (ATF 125 V 351 consid. 3b).

Ainsi, en principe, lorsqu'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 permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la

---

fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_923/2010 du 2 novembre 2011 consid. 5.2).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

15. 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).
16. 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 de ces dernières 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).

17. Il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'accident (REAS 2002 p. 307). En l'absence de preuve, la décision sera défavorable à l'assuré (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références; RAMA 1994 n° U 206 p. 327 consid. 1 et les références). Plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve d'un rapport de causalité naturelle doivent être sévères (RAMA 1997 n° U 275 p. 191 consid. 1c ; cf. également arrêt du Tribunal fédéral 8C\_102/2008 du 16 septembre 2008 consid. 2.2).
18. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3).
19. En l'espèce, par ordonnance du 16 décembre 2014, la chambre de céans a ordonné une expertise judiciaire rhumatologique, en considérant qu'il existait des avis très divergents, d'une part, de la CRR et du Dr G\_\_\_\_\_, d'autre part, de la Dresse D\_\_\_\_\_, quant à l'estimation de la capacité de travail exigible de la part du recourant et a précisé qu'il serait également posé à l'expert des questions relativement aux critères jurisprudentiels du Tribunal fédéral permettant d'établir l'existence d'un lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques invoqués en l'espèce par le recourant, et l'accident, afin d'évaluer si une expertise psychiatrique était également nécessaire.
20. a) L'expertise du Dr J\_\_\_\_\_ et son complément du 3 mars 2015 remplissent les critères jurisprudentiels précités pour qu'il leur soit reconnu une pleine valeur probante.

L'expert a examiné le recourant, établi une anamnèse complète, décrit le traitement et les plaintes du recourant; les diagnostics sont clairs, ainsi que la description des limitations fonctionnelles; si l'estimation de la capacité de travail englobait dans un premier temps des aspects ne relevant pas de l'assureur-accident (rapport d'expertise p. 5), l'expert a précisé son rapport à la demande de la chambre de céans, de sorte qu'il a ensuite clairement apprécié la capacité de travail du point de vue uniquement rhumatologique et en fonction des pathologies en lien avec l'accident.

b) Le recourant estime que la capacité de travail dans une activité adaptée, en raison de limitations en lien avec l'accident, est de 60%, comme indiqué dans le rapport

d'expertise et qu'en particulier, les problèmes au genou gauche sont en lien avec l'accident.

Quant à l'intimée, elle se rallie à l'expertise, estimant que celle-ci permet de conclure qu'il y a unanimité du point de vue médical quant à une capacité de travail entière du recourant dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

c) La chambre de céans constate que l'expert a précisé, dans son complément d'expertise, que les limitations fonctionnelles rhumatologiques, en lien avec l'accident, soit à l'exception des limitations liées à l'arthrose débutante du genou gauche et à la goutte, entraînaient une incapacité de travail de 40% dans toute activité.

Contrairement à l'avis du recourant, les limitations fonctionnelles rhumatologiques dont fait état l'expert dans son complément d'expertise (question 2.a)) et qui entraînent une incapacité de travail de 40% dans toute activité, ne relèvent pas exclusivement des troubles post-traumatiques, mais comprennent également les problèmes liés à la goutte et au genou gauche, que l'expert a clairement qualifiés comme n'étant pas d'origine traumatique. A cet égard, le recourant se borne à relever que les problèmes au genou gauche découleraient de l'accident, au motif que l'expert a mentionné que des douleurs occasionnelles avec gonflement du genou gauche étaient apparues dans les suites de l'accident. Or, l'expert a clairement exclu que l'arthrose du genou gauche et le trouble statique soient en lien avec l'accident (complément p. 1); le recourant ne remet pas valablement en cause cette appréciation.

S'agissant de la capacité de travail arrêtée par l'expert, même s'il est vrai que le rapport d'expertise mentionne une capacité de travail de 60% après correction des troubles métaboliques (rapport p. 6), il indique également que, sur un plan purement somatique et relativement aux diagnostics posés (lesquels comprennent ceux de goutte, obésité et troubles des genoux), le recourant pourrait exercer une activité en position assise et debout, alternativement à 60%, et ceci depuis 2013 (rapport p. 5).

Il convient ainsi de se fonder sur les précisions apportées par l'expert quant à l'évaluation de la capacité de travail du recourant, en lien avec les troubles post-traumatiques, dans son complément d'expertise. A cet égard, l'expert a indiqué que l'incapacité de travail d'origine rhumatologique, évaluée à 40%, était due à l'accident à raison des deux-tiers; en conséquence, l'incapacité de travail en lien avec l'accident est de 27% dans toute activité.

Contrairement à l'avis de l'intimée, l'expert, dans son complément d'expertise, n'a pas retenu une absence d'incapacité de travail dans une activité adaptée, puisqu'il a fixé celle-ci à deux-tiers de 40%, soit à 27%.

Le recourant a conclu à l'octroi d'une IPAI de 40%. A cet égard, l'expert a confirmé le bien-fondé d'une IPAI à hauteur de 15%, telle qu'appréciée par le Dr G\_\_\_\_\_

---

(rapport d'expertise p. 6), de sorte qu'aucun élément médical pertinent ne permet de remettre en cause cette appréciation.

21. S'agissant de la question de la nécessité d'instruire l'aspect psychiatrique, il y a lieu de constater que, selon la jurisprudence précitée, le lien de causalité adéquate entre d'éventuels troubles psychiques et l'accident n'est de toute façon pas donné, de sorte qu'une telle instruction s'avère superflue.

En effet, l'accident en cause doit être qualifié de moyen, compte tenu notamment de la jurisprudence du Tribunal fédéral selon laquelle ont par exemple été qualifiés de gravité moyenne un choc frontal entre deux voitures (ATA du 2 septembre 1997), une chute d'ascenseur sur deux étages (ATFA non publié U 204/00), la chute d'un bloc de pierre d'un immeuble en construction sur un ouvrier lui percutant le dos, la jambe et causant un traumatisme crânien (ATFA non publié 338/05), un piéton renversé par une voiture avec traumatisme crânien (ATFA non publié U 128/03).

Or, en présence d'un accident de gravité moyenne, un certain nombre de critères posés par la jurisprudence doivent être remplis pour admettre le caractère adéquat des troubles psychiques, ce qui n'est pas le cas en l'espèce; en effet, selon l'expertise judiciaire, il n'y a pas eu d'erreur dans le traitement prodigué, ni de complications importantes, ni d'administration d'un traitement médical spécifique et pénible; par ailleurs, il n'y a pas lieu d'admettre non plus des circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident (à cet égard ATF 8C 817/2009 du 26 mars 2010), la gravité ou la nature particulière des lésions physiques ou une durée anormalement longue du traitement médical; les douleurs physiques persistantes qui pourraient être admises ne sauraient, dans ces conditions, fonder l'existence d'un lien de causalité adéquate.

Partant, il n'est pas nécessaire d'ordonner une instruction médicale psychiatrique.

22. Il convient en conséquence de calculer le degré d'invalidité du recourant.

S'agissant du revenu sans invalidité, il convient de constater que l'intimée s'est basée sur un revenu théorique en 2013 de CHF 66'703.-. Or, l'employeur a indiqué le 3 septembre 2013 que le revenu du recourant serait, en 2012, de CHF 66'703.- et, en 2013, de CHF 67'028.-. Le revenu pris en compte par l'intimée pour l'année 2013 est donc erroné.

Par ailleurs, il convient de constater que le recourant a concrètement réalisé auprès de son employeur, au cours de l'année qui a précédé son accident, soit du 1<sup>er</sup> août 2009 au 31 juillet 2010, un revenu annuel de CHF 73'920.95, comme indiqué par l'employeur le 29 octobre 2012. C'est ce revenu qui doit être pris comme base de calcul pour la rente, indexé à l'année 2013. A cet égard, il est à relever que l'OAI s'est fondé en 2011 sur un revenu sans invalidité du recourant de CHF 66'523.-, soit un revenu en 2010 de CHF 5'070.-/mois (soit CHF 65'910.-/année), indexé en 2011. Or, l'employeur avait également communiqué à l'OAI le 15 novembre 2010 (questionnaire employeur) que le recourant avait perçu, du 1<sup>er</sup> août 2009 au 31 juillet 2010, un revenu de CHF 73'920.95. En outre figure au dossier de l'OAI

l'extrait du compte individuel du recourant, duquel il ressort que celui-ci avait précédemment travaillé pour le même employeur et qu'il avait notamment réalisé en 2005 un revenu de 67'002.- et, en 2003, un revenu de CHF 68'404.-, soit des revenus déjà supérieurs à ceux pris en compte, de nombreuses années après, par l'OAI et l'intimée, respectivement en 2011 et 2013.

Il convient, en application des art. 18 LAA, 16 LPGA et de la jurisprudence précitée, de retenir le dernier salaire concret que le recourant a réalisé avant l'accident. En l'occurrence, ce salaire est de CHF 73'920.95 en 2010, soit CHF 75'784.20 en 2013, selon les règles d'indexation (+ 1% en 2011, + 0,8% en 2012 et + 0,7% en 2013).

S'agissant du salaire avec invalidité, l'intimée a retenu un revenu de CHF 56'571.27 en se basant sur l'ESS 2010, tableau TA1, activité de niveau 4, pour un homme, adapté à l'horaire de travail usuel dans les entreprises, indexé à l'année 2013 pour une activité à 100%, auquel une déduction de 10% a été appliquée.

La prise en compte du salaire statistique 2010, adapté à l'année 2013, peut être confirmée, les activités auxquelles il se rapporte comprenant des travaux compatibles avec l'état de santé du recourant.

En conséquence, il convient de se baser sur un revenu 2010 de CHF 58'812.-, adapté à un horaire hebdomadaire de travail en 2010 de 41,6 heures, soit CHF 61'164.50, indexé à l'année 2013 (+ 1% en 2011, + 0,8% en 2012 et + 0,7% en 2013), soit un revenu de CHF 62'706.20.

Compte tenu des limitations fonctionnelles du recourant, du permis B dont il est titulaire, de son âge (54 ans en 2013), du travail à temps partiel seul possible, des facteurs sociaux-culturels tels que l'impossibilité de s'exprimer en français et également l'impossibilité de lire et écrire en portugais, pourtant sa langue maternelle, le manque de formation professionnelle, ainsi que les longues années de service auprès du même employeur, une déduction de 20% est en l'occurrence justifiée.

Le salaire d'invalidé est ainsi de CHF 50'165.-.

Il convient cependant de retenir une capacité de travail, non pas de 100%, mais de 73%, conformément aux conclusions de l'expertise judiciaire, de sorte que ce revenu est finalement de CHF 36'620.45.

Le degré d'invalidité est ainsi de :

$$\frac{\text{CHF } 75'784.20 - \text{CHF } 36'620.45}{\text{CHF } 75'784.20} = 51,67\% = \boxed{52\%}$$

23. Au vu de ce qui précède, le recourant a droit, depuis le 1<sup>er</sup> avril 2013 à une rente d'invalidité de 52%.

Partant, le recours sera partiellement admis et la décision litigieuse réformée en ce sens que le recourant a droit à une rente d'invalidité de 52% en lieu et place d'une rente d'invalidité de 19%, depuis le 1<sup>er</sup> avril 2013.

Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 4'000.- 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,  
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement.
3. Réforme la décision de l'intimée du 12 février 2012 dans le sens que le recourant a droit à une rente d'invalidité de 52% depuis le 1<sup>er</sup> avril 2013.
4. Condamne l'intimée à verser au recourant une indemnité de CHF 4'000.- à titre de dépens.
5. 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

Alicia PERRONE

Valérie MONTANI

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