

GE_GERICHTE ATAS/1098/2010 vom 18. Oktober 2010

GE Cour de justice, 2010-10-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1098_2010

FR: GE_GERICHTE ATAS/1098/2010 du 18 octobre 2010

IT: GE_GERICHTE ATAS/1098/2010 del 18 ottobre 2010

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA ; RS 832.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA).

E. 3

Le litige porte sur le lien de causalité entre les troubles psychiques présentés par le recourant et l'accident du 22 juillet 2005, sur l'octroi d'indemnités journalières postérieurement au 30 juin 2009, sur le degré d'invalidité du recourant et son droit à une rente d'invalidité.

A/1823/2010 - 11/20 - Il convient de relever que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ne fait pas l'objet du litige, dans la mesure où l'intimée a rendu une décision à cet égard en date du 8 septembre 2010, octroyant au recourant une indemnité de 10'680 francs et que le recourant a d'ores et déjà renoncé à s'opposer à celle-ci.

E. 4

a) 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. b) 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1 p. 181, 402 consid. 4.3.1 p. 406; 119 V 335 consid. 1 p. 337; 118 V 286 consid. 1b p. 289 et les références). Le seul 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»; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb p. 341 sv.; RAMA 1999 no U 341 p. 408 sv., 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. Il n'est pas nécessaire 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, 402 consid. 4.3.1, 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références). c) 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 125 V 461 consid. 5a et les références). La jurisprudence a posé plusieurs critères en vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et les troubles d'ordre psychique développés

A/1823/2010 - 12/20 - ensuite par la victime. Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement ; les accidents insignifiants ou de peu de gravité (p. 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. En présence d'un accident insignifiant ou de peu de gravité, un lien de causalité adéquate peut, en règle générale, être d'emblée nié, tandis qu'en principe, elle doit être admise en cas d'accident grave. Pour admettre l'existence du lien de causalité en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération les sept critères exhaustifs suivants (cf. ATF 134 V 109 consid. 10.2) : - les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ; - la gravité ou la nature particulière des lésions, étant précisé que le seul diagnostic de distorsion cervicale ne suffit pas pour admettre la réalisation de ce critère. Il faut une gravité particulière du tableau clinique typique ou des circonstances particulières de nature à influencer la symptomatologie douloureuse, telles que la position particulière du corps lors de l'accident avec les complications qui s'en suivent ou d'autres lésions importantes déterminantes équivalentes à une distorsion cervicale ou à un traumatisme cranio-cérébral ; - la durée anormalement longue du traitement médical, qui ne saurait plus être examinée uniquement en fonction de la durée dudit traitement, mais sur l'existence de traitements continus spécifiques et lourds ; - les douleurs persistantes, qui doivent être importantes, sans interruption et crédibles en regard de l'atteinte qu'elles occasionnent sur la vie de tous les jours ; - les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ; - les difficultés apparues au cours de la guérison et aux complications importantes ; - et, enfin, le degré et la durée de l'incapacité de travail. A ce propos, il y a lieu de considérer qu'en cas d'accident de gravité légère ou moyenne, le fait d'être écarté du monde du travail pendant une très longue durée ou de manière durable apparaît d'un point de vue médical comme plutôt inhabituel. Conformément au principe de l'obligation de réduire le dommage, il doit être reconnaissable concrètement que l'assuré a entrepris tout ce qui était possible et exigible pour regagner aussi vite que faire ce peut le monde du travail. Ainsi, il doit tenter de reprendre son activité malgré les éventuels désagréments personnels et, le cas échéant, avec un accompagnement thérapeutique médical. Est dès lors déterminant non plus la durée

A/1823/2010 - 13/20 - de l'incapacité de travail, mais l'importance de l'incapacité de travail malgré les efforts consentis pour reprendre le travail. 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 407 consid. 4.4.1 et les références, 115 V 133 consid. 6c/aa).

E. 5

a) 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 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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 322 consid. 5a). b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif (art. 40 PCF en corrélation avec l'art. 19 PA), 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). c) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de

A/1823/2010 - 14/20 - 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. Étant 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 ; ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99). Par ailleurs, 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).

E. 6

Le recourant fait tout d'abord valoir qu'il existe un rapport de causalité entre ses troubles psychiques et l'accident, ce que nie l'intimée.

E. 7

a) En l'espèce, les médecins de la CRR ont posé le diagnostic d'état dépressif sévère. Ils n'ont toutefois pas examiné la question de la causalité naturelle entre ce trouble et l'accident, précisant toutefois que le recourant était débordé par une accumulation de différents problèmes, soit son accident, le décès de son père, la maladie de sa mère, la séparation de son épouse ou encore l'isolement social. Quant au médecin d'arrondissement de la SUVA, il ne s'est pas non plus prononcé sur la question. Enfin, le Dr S _____ a indiqué, en décembre 2009, qu'il ne pouvait pas conclure à un rapport de causalité naturelle immédiate entre l'accident et les troubles psychiques, attendu que ceux-ci étaient également liés à la psychologie du recourant et à sa capacité à faire face à des événements de vie défavorables. Il a ajouté que l'accident et les interventions chirurgicales semblaient avoir joué un rôle non négligeable dans l'affection psychique du recourant, mais n'a pas pu le quantifier. En toute hypothèse, cette question n'a pas besoin d'être tranchée en l'espèce, car même si les troubles psychiques du recourant étaient en relation de causalité naturelle avec l'accident du 22 juillet 2005, leur caractère adéquat fait, en tout état de cause, défaut pour les motifs qui suivent. b) L'intimée a estimé que l'accident subi par le recourant devait être classé parmi les accidents de gravité moyenne à la limite de la banalité et le recourant qu'il s'agissait d'un accident de gravité moyenne. Le Tribunal de céans est d'avis, qu'au vu de la jurisprudence, la chute du recourant de sa propre hauteur lors de sa course pour prendre le bus, doit être considérée au mieux comme un accident de gravité moyenne à la limite de l'accident de peu de gravité. Il y a lieu en outre de nier l'existence de circonstances concomitantes particulièrement dramatiques et du caractère particulièrement impressionnant de l'accident du 22 juillet 2005, le recourant ayant uniquement déclaré être tombé dans sa course sans mentionner de circonstances particulières. Il n'a pas souffert de lésions graves ou d'une nature

A/1823/2010 - 15/20 - particulière, ayant essentiellement présenté une instabilité de l'épaule droite. Quant au critère de la durée anormalement longue du traitement médical, il est vrai que le recourant a subi deux opérations, à un an et à plus de deux ans de son accident, toutefois, les délais importants semblent bien plutôt liés au délai d'attente pour se faire opérer aux HUG qu'à une longue durée du traitement. De plus, le long traitement antalgique et conservateur, dont se prévaut le recourant, ne peut pas être considéré comme un traitement continu spécifique et lourd, de sorte que ce critère de la longue durée du traitement n'est pas non plus réalisé. En outre, le dossier médical de l'assuré ne contient, à aucun moment, la mention d'une erreur dans le traitement médical ayant entraîné un aggravation de ses séquelles. Le critère du degré et de la durée de l'incapacité de travail ne peut pas non plus être retenu. Enfin, le recourant allègue avoir encore des douleurs importantes dans tout son membre supérieur droit, qu'il dit ne pas pouvoir bouger. La réalisation de ce seul critère n'est toutefois pas suffisant, au vu de la jurisprudence, pour reconnaître un caractère adéquat au rapport de causalité entre l'accident et l'état dépressif

de gravité moyenne à sévère mis en évidence tant par les médecins de la CRR que par les psychiatres traitants du recourant. Par conséquent, les troubles psychiques présentés par le recourant ne sont pas en relation de causalité avec l'accident et ne peuvent ainsi pas lui donner droit à des prestations de l'assurance-accidents. Pour le surplus, au vu de l'absence de causalité adéquate, il n'y a pas lieu de mettre en œuvre une expertise psychiatrique, comme requise par le recourant, afin de se prononcer sur la causalité naturelle entre ses troubles psychiques et l'accident.

E. 8

Le recourant soutient en outre que c'est à tort que l'intimée lui a alloué une rente d'invalidité dès le 1er juillet 2009 et que les indemnités journalières auraient dû continuer à lui être versées après le 30 juin 2009, et ce jusqu'à ce que d'éventuelles mesures de réadaptation professionnelle aient été menées à terme.

E. 9

a) En vertu de l'art. 16 al. 2, le droit à l'indemnité journalière s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède. D'après 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'alinéa 3 de cette disposition légale, le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur la naissance du droit aux rentes lorsque l'on ne peut plus attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré, mais que la décision de l'assurance- invalidité quant à la réadaptation professionnelle intervient

A/1823/2010 - 16/20 - plus tard. En application de cette disposition, le Conseil fédéral a édicté l'art. 30 OLAA qui dispose que 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-là. Le droit s'éteint dès la naissance du droit à une indemnité journalière de l'AI (a), avec la décision négative de l'AI concernant la réadaptation professionnelle (b), avec la fixation de la rente définitive (c). Il s'agit d'une rente transitoire destinée à permettre à l'assureur-accidents qui ne peut encore fixer définitivement le degré d'invalidité de l'assuré, faute de connaître le résultat des mesures de réadaptation entreprises par l'assurance-invalidité, de verser néanmoins une rente d'invalidité à l'assuré sans attendre ce résultat (ATF 116 V 251 consid. 2b et la référence). C'est donc une prestation temporaire, fixée provisoirement, et qui doit être allouée aussi bien pendant le déroulement des mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité 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 (ATF 129 V 285). Dans un arrêt du 5 juillet 1990 (ATF 116 V 246), le Tribunal fédéral des assurances (ci-après TFA) a estimé que la rente transitoire fondée sur l'art. 30 OLAA doit être fixée d'après la méthode générale de comparaison des revenus. Toutefois, l'évaluation de l'invalidité intervient dans ce cas avant l'exécution éventuelle de mesures de réadaptation. Seule entre en considération, à cette date, l'activité qui peut raisonnablement

être exigée de la part d'un assuré non encore réadapté, compte tenu de la situation équilibrée du marché du travail. b) En vertu de l'art. 18 al. 1 LAA, l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il devient invalide à 10 % au moins par suite d'un accident. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). c) Pour évaluer le taux d'invalidité, il convient de comparer le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide 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). 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

A/1823/2010 - 17/20 - l'évolution des circonstances à l'époque où est né le droit à la rente (cf. ATF 129 V 222 consid. 4). 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. Lorsque l'assuré ne reprend pas d'activité lucrative, la comparaison peut se faire au moyen de tables statistiques (ATF 126 V 76 consid. 3a/bb et les références) ou de données salariales résultant de descriptions de postes de travail (DPT) (ATF 129 V 472). Lorsque le revenu d'invalide est déterminé sur la base des DPT, une réduction du salaire, eu égard au système même des DPT, n'est ni justifié ni admissible. En effet, les limitations spécifiques sont déjà prises en considération dans le choix des DPT, et les autres critères personnels et professionnels peuvent être pris en compte dans la fourchette déterminée par le salaire minimum et le salaire maximum de chaque poste de travail (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3 ; FRESARD/ MOSER-SZELESS, l'assurance-accidents obligatoire in SBVR, p. 901, no 175) 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).

E. 10

a) En l'occurrence, dans leur rapport du 1er septembre 2008, les médecins de la CRR ont retenu, sur le plan somatique, les diagnostics de thérapies physiques et fonctionnelles (diagnostic primaire) et de douleurs du membre supérieur droit, d'omarthrose droite débutante, de contusion de l'épaule droite le 22 juillet 2005, avec possible luxation de l'épaule spontanément réduite, d'instabilité antérieure de l'épaule droite traitée par stabilisation selon Bankart le 12 juillet 2006, de restabilisation antérieure de l'épaule droite selon Bankart le 14 novembre 2007 et de discrets signes irritatifs du nerf ulnaire au coude droit (diagnostics secondaires). Il n'y avait, d'après les médecins, ni d'indication chirurgicale ni d'indication à la poursuite de la physiothérapie ambulatoire. Ils ont conclu que la capacité de travail du recourant était nulle dans l'activité de maçon, mais entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, lesquelles concernaient les travaux au

dessus du niveau des épaules et le port de charges lourdes. D'après eux, la situation médicale était stabilisée, toutefois, l'isolement social, la mauvaise compréhension du français et l'importance du vécu douloureux allaient rendre difficile une reprise professionnelle.

A/1823/2010 - 18/20 - Le Tribunal de céans constate que le rapport de la CRR a été établi sur la base de l'anamnèse du recourant et se fonde sur des examens médicaux complets du recourant, et notamment sur des examens radiologique, électroneuromyographique et scintigraphique, et prend en considération les plaintes exprimées par celui-ci. Les diagnostics ont été précisément posés et la description du contexte et de l'appréciation de la situation médicale est claire et non contradictoire. Enfin, les conclusions sont motivées. Il n'y a pas non plus d'indices permettant de remettre en cause le bien-fondé desdites conclusions. Ce rapport présente dès lors valeur probante au sens où l'entend la jurisprudence. Il résulte de ce qui précède que l'état de santé somatique du recourant était stabilisé au mois de septembre 2008 et que celui-ci pouvait reprendre, depuis lors, une activité lucrative adaptée à ses limitations fonctionnelles liées à son membre supérieur droit. Les conclusions du rapport de la CRR ont également été confirmées par le Dr N_____, lequel a précisé, durant le mois de décembre 2008, que la poursuite de mesures thérapeutiques n'allait pas modifier la situation. Le recourant ne conteste au demeurant pas que son état de santé n'ait pas déjà été stabilisé à cette époque. C'est ainsi à juste titre que l'intimée a déterminé le droit du recourant à une rente d'invalidité. b) Le recourant requiert toutefois que l'intimée continue à lui verser des indemnités journalières tant que l'assurance-invalidité n'a pas statué sur des mesures de réadaptation professionnelle et qu'elles n'ont pas été mises à exécution. A cet égard, il n'y a aucune obligation pour l'intimée de continuer à verser des indemnités journalières, alors que l'état de santé du recourant est stabilisé, et ce d'autant moins qu'elle est habilitée à statuer sur l'octroi d'une rente d'invalidité même si l'assurance-invalidité ne s'est pas encore prononcée sur des mesures d'ordre professionnel (art. 30 OLAA).

E. 11

Il sied dès lors d'examiner le degré d'invalidité du recourant pour fixer son droit à une rente d'invalidité.

E. 12

a) Le revenu sans invalidité n'est pas contesté par le recourant. En revanche, il soutient que les activités choisies par l'intimée, pour déterminer son revenu d'invalidité, ne tiennent pas compte des limitations fonctionnelles liées à son bras droit. En l'espèce, il y a lieu de constater que les activités qui ont été sélectionnées par l'intimée, soit les activités d'ouvrier magasinier, d'aide-mécanicien, de caissier ou encore de collaborateur de production ne requièrent, d'après les descriptifs de poste de travail (DTP), ni port de charges lourdes ni travaux au dessus du niveau des épaules, de sorte que ces activités sont compatibles avec l'état de santé du recourant

A/1823/2010 - 19/20 - mis en exergue par les médecins de la CRR, dont le rapport présente pleine valeur probante au sens de la jurisprudence. De plus, il ressort également des DTP que ces activités ne nécessitent pas de formation spécifique, de sorte qu'elles sont ainsi exigibles de la part du recourant. C'est ainsi à juste titre que l'intimée s'est fondée sur les DTP pour calculer le revenu d'invalidité. b) L'intimée a fixé le début du droit à une rente d'invalidité au 1er juillet 2009, de sorte qu'elle a procédé à une comparaison des revenus

durant cette année-là. De plus, elle a déterminé, avec raison, le revenu d'invalidé en se fondant sur les DTP sans procéder à une réduction de ce salaire eu égard aux limitations fonctionnelles du recourant, et ce conformément à la jurisprudence citée ci-dessus, et s'est basée sur les données de son dernier employeur pour obtenir le revenu sans invalidité. Son calcul, dont il résulte une perte de gain de 13%, ne prête ainsi pas le flanc à la critique. Le recourant a dès lors droit à une rente d'invalidité de 13%, comme retenu par l'intimé.

E. 13

Mal fondé, le recours doit être entièrement rejeté.

A/1823/2010 - 20/20 -

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.