

GE_GERICHTE ATAS/1400/2012 vom 21. November 2012

GE Cour de justice, 2012-11-21, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1400_2012

FR: GE_GERICHTE ATAS/1400/2012 du 21 novembre 2012

IT: GE_GERICHTE ATAS/1400/2012 del 21 novembre 2012

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ; RSG E 2 05) en vigueur dès le 1er 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-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

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

E. 3

Le litige porte sur le degré d'invalidité du recourant, en particulier sur son droit à une rente d'invalidité.

A/1592/2012 - 12/20 -

E. 4

a) Aux termes de l'art. 8 al. 1er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. En vertu de l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré

(MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8).

E. 5

a) En vertu de l'art. 28 al. 1er LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40% au moins (let. c). b) L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. c) À teneur de l'art. 29 LAI, le droit à une rente d'invalidité prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1er LPGGA, mais pas avant le mois qui suit son dix-huitième anniversaire. Cette réglementation n'est toutefois pas applicable dans les cas où le délai d'attente a commencé à courir avant

A/1592/2012 - 13/20 - le 1er janvier 2008 (ATF non publié 9C_583/2010 du 22 septembre 2011, consid. 4.1). Dans cette hypothèse et lorsque la demande a été déposée avant le 1er janvier 2009, en dérogation à l'art. 29 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2008, la rente peut alors être versée dès que l'année d'attente est achevée (Lettre-circulaire n°300 de l'OFFICE FÉDÉRAL DES ASSURANCES SOCIALES du 15 juillet 2011, Droit transitoire: application des délais de péremption; ATF non publié 9C_473/2011 du 14 mai 2012, consid. 4.1). Par conséquent, le droit à la rente prend naissance à la date à laquelle l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable à condition que le requérant ait déposé sa demande dans les douze mois dès la naissance du droit.

E. 6

a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou d'autres spécialistes doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (ATFA non publié I 762/02 du 6 mai 2003, consid. 2.2). b) 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 LPGGA), 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. À cet égard, il convient 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; ATF 122 V 157 consid. 1c). c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière

A/1592/2012 - 14/20 - d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, 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 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). S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un 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 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 (ATF non publié 9C_405/2008 du 29 septembre 2008, consid. 3.2).

E. 7

En l'espèce, le recourant a fait l'objet de plusieurs expertises et examens approfondis par le SMR. L'expertise du Dr V _____ contient une anamnèse et tient compte des plaintes du recourant. Ce médecin a posé ses diagnostics après avoir pris connaissance du dossier médical et en se fondant sur un examen clinique complet. Ses conclusions sont en outre claires et convaincantes. Elle correspond ainsi en tous points aux critères dégagés par le Tribunal fédéral pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Tel est également le cas du rapport du Dr C _____. Ce médecin a en effet réalisé un examen clinique détaillé après avoir étudié l'essentiel des pièces médicales au dossier et retracé l'anamnèse du

A/1592/2012 - 15/20 - recourant. Il relate les plaintes de ce dernier avec précision et ses conclusions sont motivées. Elles tiennent en effet non seulement compte des atteintes déjà retenues par le Dr V _____ mais aussi des troubles du rachis, puisqu'elles excluent notamment le port répétitif de charges de plus de 5 kg et occasionnel de charges de plus de 10 kg. Les autres rapports médicaux ne permettent pas de remettre en cause les conclusions des experts du SMR. Il faut noter en particulier que le problème cardiaque n'a pas entraîné d'incapacité de travail durable, comme cela ressort des rapports du Dr P _____ du 2 septembre 2008 et du 16 juin 2009, ce que corrobore le rapport des Drs Q _____ et R _____ qui ont fait état en octobre 2008 de très bons résultats après réadaptation. S'agissant de la gonarthrose, il y a lieu de rappeler que le Dr S _____ a considéré dans son rapport du 16 juin 2009 qu'une reprise du travail aurait été possible dès mars 2009. Dans son courrier du 31 juillet 2009, ce médecin n'a pas émis de limitations fonctionnelles plus importantes que celles retenues par le Dr V _____. S'il est vrai que le Dr S _____ ignorait à cette date l'existence d'une lésion méniscale, il ne s'est pas formellement prononcé sur la capacité de travail entraînée par cette lésion et semble admettre une capacité résiduelle dans son rapport du 16 décembre 2009. En ce qui concerne le Dr B _____, il a simplement émis l'avis qu'une nouvelle évaluation serait appropriée mais ne fait pas état de diagnostics que les experts auraient ignorés et ne se prononce en particulier pas sur la capacité de travail. On ajoutera à ce propos que la nécessité d'une nouvelle évaluation paraît pour le moins discutable, puisque les douleurs que le recourant lui a rapportées ne sont pas survenues un an auparavant seulement, mais sont similaires à celles dont il s'est plaint lors de l'examen du Dr V _____. Le recourant a d'ailleurs confirmé au Dr C _____ que ses douleurs aux genoux n'avaient pas évolué depuis l'examen par l'orthopédiste du SMR. Quant aux problèmes de sommeil, ils font l'objet d'un traitement par appareillage et n'entraînent pas d'incapacité de travail selon le Dr V _____, ce que la Dresse U _____ n'affirme d'ailleurs pas. Les rapports du Dr O _____ ne permettent pas non plus de s'écarter des conclusions des experts. On notera en premier lieu que ce médecin a fait état d'une aggravation de l'état de santé du recourant en 2009 en raison d'une angioplastie, bien que les cardiologues suivant ce dernier aient affirmé que cette atteinte n'avait pas d'incidence sur la capacité de travail. Quant à la progression de l'arthrose et de la déchirure méniscale relevées en janvier 2010, elles ne suffisent pas à établir une incapacité de travail totale dès lors qu'elles n'empêchent pas le recourant d'exercer une activité adaptée aux limitations fonctionnelles qu'elles entraînent. Le Dr O _____ a par ailleurs noté en décembre 2010 que les lombalgies récemment apparues étaient maîtrisées, si bien qu'on ne saurait non plus admettre que cette atteinte a une répercussion importante sur la capacité de travail. De plus, ce médecin est pour le moins contradictoire dans ses appréciations puisqu'il a établi un certificat à l'attention de l'assurance-chômage attestant d'une capacité de travail

A/1592/2012 - 16/20 - totale dans une profession adaptée en mai 2010, alors qu'il indiquait au mois de juin suivant à l'intimé qu'il considérait le recourant totalement incapable de travailler sans faire état de nouvelles atteintes diagnostiquées dans l'intervalle. S'agissant en particulier du niveau de scolarisation et des ressources intellectuelles du recourant qui empêcheraient sa réinsertion sur le marché du travail selon le Dr O _____, ce sont là des facteurs étrangers à l'invalidité qui n'ont pas à être pris en compte.

L'assurance-invalidité a en effet pour vocation de couvrir la perte de la capacité de gain et non pas la seule perte de gain. Il n'y a pas lieu, dans ce contexte, d'examiner si une personne invalide peut être placée eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais

uniquement si elle pourrait encore exploiter économiquement sa capacité de travail résiduelle lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (ATFA non publié I 175/04 du 28 janvier 2005, consid. 3). Enfin, en ce qui concerne le rapport du Dr E _____, il convient de relever que ce médecin ne s'écarte pas clairement des conclusions du Dr C _____. Le médecin traitant souligne d'ailleurs le caractère minutieux de l'examen clinique de l'expert du SMR et se rallie aux limitations fonctionnelles retenues par ce dernier. S'il affirme que la lésion méniscale n'a pas été mentionnée, il relativise toutefois la portée de cette atteinte en indiquant qu'elle pourrait aggraver l'invalidité à moyen et long termes. On peut donc en déduire que cette lésion n'a pas dans l'immédiat d'incidence plus importante sur la capacité de travail du recourant que celle qui a été admise par les médecins du SMR. De plus, comme le souligne à juste titre le SMR, les problèmes de genou du recourant ont été pris en compte par le Dr V _____ et le Dr C _____ puisque ces derniers ont retenu des limitations fonctionnelles liées à la gonarthrose et aux douleurs. Dans ce contexte, il n'est pas déterminant que le Dr C _____ n'ait pas défini avec précision la nature exacte de la lésion du genou. Le recourant requiert l'audition du Dr E _____. Si la garantie constitutionnelle du droit d'être entendu confère notamment à un justiciable le droit de faire administrer des preuves essentielles (ATF 127 V 431 consid. 3a), ce droit n'empêche pas l'autorité de mettre un terme à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de former sa conviction, et que procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude que ces dernières ne pourraient l'amener à modifier sa décision (Ueli KIESER, ATSG-Kommentar: Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, 2ème éd., Zurich 2009, n. 72 ad art. 61 ; ATF 130 II 425 consid. 2.1; ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d). En l'espèce, le Dr E _____ a eu l'occasion de se prononcer de manière circonspecte sur l'expertise par écrit et ne fait état d'aucune nouvelle atteinte qui n'aurait pas été prise en compte par les experts. Son audition s'avère dès lors superflue. Eu égard à ce qui précède, il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions claires des Drs V _____ et C _____, aux termes desquelles le recourant dispose

A/1592/2012 - 17/20 - depuis le 18 juin 2008 d'une capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée, compte tenu de la diminution de rendement de 20 %. Il convient encore d'examiner qu'elle était la capacité de travail du recourant avant cette date. Le Dr LM _____ et le Dr C _____ ne se sont pas prononcés sur cette question. Ils ont simplement constaté que le recourant était en arrêt de travail depuis mars 2007. Il ressort toutefois des expertises des Drs M _____ et N _____ en 2007 que le recourant était capable d'exercer une activité adaptée. Ce premier expert a en effet indiqué que le recourant devrait pouvoir exercer une activité plus légère. Il a même préconisé de s'adresser à l'entreprise pour savoir si elle peut fournir un poste adapté à son employé, en attendant l'intervention chirurgicale et la récupération des fonctions articulaires au niveau du genou droit. Le Dr N _____ a aussi conclu à une capacité complète dans une activité adaptée. Partant, une incapacité de travail totale ne peut être admise que pendant les trois mois qui ont suivi l'ostéotomie. La durée de cette aggravation est trop courte pour avoir une incidence sur le droit à une rente (cf. art. 88a al. 2 RAI).

E. 8

a) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu du travail que l'invalidé pourrait obtenir en

exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (art. 16 LPGa). La comparaison des revenus s'effectue en règle générale en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus, puis en les confrontant l'un à l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues. Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente. Les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue (c'est-à-dire entre le projet de décision et la décision elle-même), doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 consid. 4.1; ATF 128 V 174). b) Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n° U 400 p. 381, consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'Enquête suisse

A/1592/2012 - 18/20 - sur la structure des salaires (ESS) édité par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (ATFA non publié I 168/05 du 24 avril 2006, consid. 3.3; ATFA non publié B 80/01 du 17 octobre 2003, consid. 5.2.2). c) S'agissant du recours à des données statistiques, le Tribunal fédéral a précisé que lors de la détermination du revenu d'invalide, il convient généralement de se fonder sur les salaires mensuels indiqués dans la table de l'Enquête suisse des salaires TA1, à la ligne "total secteur privé" (ATF 124 V 321, consid. 3b/aa). Toutefois, lorsque cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu parfois de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers, voire à des branches particulières. Tel est notamment le cas lorsque avant l'atteinte à la santé, l'assuré a travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre pas en ligne de compte. En outre, lorsque les circonstances du cas concret le justifient, on peut s'écarter de la table TA1 (secteur privé) pour se référer à la table TA7 (secteur privé et secteur public ensemble), si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalide et que le secteur en question est adapté et exigible (ATF non publié 9C_142/2009 du 20 novembre 2009, consid. 4.1; ATF non publié 9C_237/2007 du 24 août 2007, consid. 5.1; RAMA 2000 n° U 405, consid. 3b). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être

réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b).

E. 9

Reste à examiner si le calcul du degré d'invalidité de l'intimé en tenant compte d'une capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée dès cette date est correct. Le revenu sans invalidité en 2008 n'est pas de 73'762 fr. comme l'indique l'intimé dans son rapport du 15 octobre 2010, mais de 64'350 fr. en tant que maçon, soit

E. 13

mensualités à 4'950 fr. selon le rapport de X_____ SA du 5 juin 2008 et

A/1592/2012 - 19/20 - de 9'580 fr. 80 en tant que nettoyeur, soit 10 heures par semaine à 19 fr. 96, indemnités incluses, pendant 48 semaines, ce qui correspond à un total de 73'930 fr. 80. Quant au revenu avec invalidité, le recours au revenu statistique tiré d'une activité simple et répétitive selon l'ESS 2008, soit 4'806 fr. pour 40 heures hebdomadaires, est conforme à la jurisprudence. Calculé sur la durée hebdomadaire moyenne de travail de 41.6 heures en 2008 selon la Statistique sur la durée normale du travail dans les entreprises (DNT) établie par l'OFFICE FEDERAL DE LA STATISTIQUE - et non 41.7 heures comme le retient l'intimé - on obtient un revenu de 59'978 fr. 90 à 100 % et de 47'983 fr. 10 en tenant compte d'une diminution de rendement de 20 %. Après réduction statistique de 15 %, le revenu avec invalidité est ainsi de 40'785 fr. 65. La comparaison des revenus aboutit ainsi à un degré d'invalidité de 44.8 %, qui donne droit à un quart de rente. S'agissant de l'abattement statistique de 15 % sur le revenu d'invalidité, il sied de rappeler que conformément à l'art. 61 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative (LPA; RSG E 5 10), seul l'abus ou l'excès du pouvoir d'appréciation peut être revu par la Cour de céans. Le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration (ATF 126 V 75 consid. 6). A titre d'exemple, le Tribunal fédéral a considéré qu'une réduction de 15 % était adéquate dans le cas d'un assuré ne pouvant plus travailler qu'à 60 % dans des activités légères (ATF I 147/05 du 25 juillet 2005, consid. 2.7). Partant, un abattement de 15 % paraît correct en l'espèce, d'autant plus que la diminution de rendement imputable aux limitations fonctionnelles reconnue par les experts fait déjà l'objet d'une réduction de 20 % du revenu. Par surabondance, il sied de relever qu'un abattement de 20 % porterait le revenu d'invalidité à 38'386 fr. 50 et le degré d'invalidité à 48 %, ce qui reste insuffisant pour modifier le droit à la rente. 10. Eu égard à ce qui précède, le recours sera rejeté. 11. La procédure en matière d'assurance-invalidité n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), l'émolument de 200 fr. sera mis à la charge du recourant.

A/1592/2012 - 20/20 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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