

GE_GERICHTE ATAS/332/2019 vom 15. April 2019

GE Cour de justice, 2019-04-15, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_332_2019

FR: GE_GERICHTE ATAS/332/2019 du 15 avril 2019

IT: GE_GERICHTE ATAS/332/2019 del 15 aprile 2019

Erwägungen

E. 1

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

E. 2

À 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

A/2655/2018 - 13/29 - 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).

E. 3

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

E. 4

Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais pour la période du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA et art. 89C let. b LPA), le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

E. 5

a. L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui - dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision - constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaquée. L'objet de la contestation et l'objet du litige sont donc identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, les rapports juridiques non litigieux sont certes

compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 413 consid. 1b). b. Le recourant ne remet pas en cause le fait que l'entorse au poignet droit consécutive à l'accident du 5 juin 2012, dont l'évolution était bonne au jour de l'examen effectué par le médecin d'arrondissement le 22 février 2017, n'entraîne pas de répercussions sur sa capacité de gain. Il ne conteste pas non plus le fait que ses troubles psychiques, réactionnels à une mauvaise évolution sur le plan orthopédique, ne sont pas en relation de causalité adéquate avec la chute dont il a été victime, qui doit être qualifiée de peu de gravité (cf. ATF 115 V 403 consid. 5a) ■ le recourant étant tombé sur le béton alors qu'il poussait un échafaudage, il n'a pas fait une chute d'une certaine hauteur ■ (cf. ATAS/343/2017 du 2 mai 2017 consid. 14 b/bb. s'agissant de la casuistique relative à des chutes d'une certaine hauteur ayant été considérées comme des accidents de gravité moyenne). En conséquence, le litige porte uniquement sur le degré d'invalidité du recourant résultant des troubles de la cheville droite depuis le 1er juillet 2017, ainsi que sur le gain assuré déterminant servant au calcul de la rente d'invalidité.

E. 6

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).

A/2655/2018 - 14/29 - 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). 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 condition est réalisée 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 que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé: il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1). 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.

E. 7

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).

A/2655/2018 - 15/29 -

E. 8

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). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). 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 LPG), 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 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 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 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). 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. 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). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, 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

A/2655/2018 - 16/29 - 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 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3). 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/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1). 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. À 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_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 2.2).

E. 9

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).

A/2655/2018 - 17/29 -

E. 10

a. En l'espèce, l'intimée, se référant à l'examen final du 22 février 2017, effectué par le Dr G_____, médecin d'arrondissement, retient que le recourant est apte à exercer une activité adaptée, essentiellement sédentaire avec déplacements réguliers sur de courtes distances, à plein temps, sans baisse de rendement, respectant les limitations fonctionnelles suivantes : éviter la marche en terrains irréguliers, la montée et la descente régulières d'échelles, d'escaliers, le travail sur échafaudage ainsi que le port de charges lourdes. Le recourant, de son côté, s'appuyant sur l'avis de ses médecins traitants, conteste la valeur probante du rapport du Dr G_____. b. Dans son rapport du 18 octobre 2017, le Dr E_____, médecin traitant, indique que la scintigraphie osseuse du 23 avril 2014 révélait une hypercaptation talo- calcanéenne en phase précoce, éventuellement un SDRC, en d'autres termes, une algodystrophie. Cette imagerie médicale avait été réalisée par la CRR qui n'avait alors pas retenu le diagnostic d'algodystrophie en l'absence de signes cliniques suffisants. Quoi qu'il en soit, il n'est pas contesté ni contestable que le recourant souffre encore de douleurs chroniques à la cheville droite (cf. rapports de la Dresse F_____ des 23 janvier 2017 et 28 septembre 2017, et du Dr E_____ du 18 octobre 2017) consécutives à l'accident du 5 juin 2012 en dépit des traitements thérapeutiques instaurés. Selon le Dr E_____, les travaux qui peuvent encore être exigés du recourant consistent en des activités uniquement en position assise. Cette appréciation rejoint celle du Dr G_____ qui retient que l'activité adaptée doit être essentiellement sédentaire. Dans la mesure où ce médecin a expressément relevé que, depuis sept mois, le recourant marchait sans canne pour les très petites distances, qu'il ne pouvait pas rester longtemps assis sans devoir bouger la cheville et que l'activité adaptée doit être « essentiellement » sédentaire, les déplacements « réguliers » sur de courtes distances ne doivent pas être compris dans le sens de « fréquents » comme semble l'alléguer le recourant, mais plutôt dans le sens de « permis », « autorisés », « à intervalles de temps identiques » pour justement lui permettre de bouger sa cheville. En l'absence d'éléments objectivement vérifiables, de nature clinique ou diagnostique, qui auraient été ignorés par le Dr G_____, les conclusions de ce dernier, prises à l'issue d'un examen complet du recourant, sur la base du dossier, y compris les radiographies, et donc en connaissance de ses limitations, emportent la conviction de la chambre de céans. Les avis des médecins traitants ne sauraient remettre en cause le rapport du médecin d'arrondissement. Certes, la Dresse F_____ évalue la capacité de travail résiduelle du recourant à 0 %. Toutefois, si le 1er septembre 2017, cette spécialiste avait observé une tuméfaction chaude de la cheville droite avec douleurs sous-malléolaires bilatérales, lors de son examen final, le Dr G_____ n'avait pas constaté d'œdème. À cette occasion, le recourant avait déclaré qu'en cas de sollicitations mécaniques trop intenses, l'arrière-pied se gonflait. Depuis le début de l'été 2016, il marchait avec une canne à gauche. S'il marchait sans canne pendant trente minutes, des douleurs extrêmes apparaissaient. C'est dire que l'état du pied droit peut varier d'un jour à l'autre

A/2655/2018 - 18/29 - selon que le recourant utilise ou non sa canne. En outre, les limitations fonctionnelles décrites par la Dresse F_____ (marche limitée, douleurs, marche impossible en terrains irréguliers) sont globalement les mêmes que celles exposées par le médecin d'arrondissement. Le Dr G_____ a en particulier tenu compte du fait que le recourant marchait avec une canne à gauche, dont il ne pouvait pas se sevrer sans douleurs importantes immédiatement après, qu'il ressentait des douleurs lors des changements de temps et que la marche s'effectuait avec une discrète boiterie à droite. La Dresse F_____ ne met donc pas en évidence de manière circonstanciée un élément permettant de reconnaître une capacité de travail nulle dans une activité adaptée (essentiellement en

position assise) tenant compte des limitations fonctionnelles du recourant. Quant au Dr E._____, il ne spécifie nullement le taux d'activité exigible dans une activité adaptée. En définitive, la chambre de céans retient que la capacité de travail du recourant, nulle dans son activité habituelle d'aide-coiffeur ■ ce qui n'est pas contesté par l'intimée ■, est entière dans une activité adaptée (essentiellement sédentaire) à ses limitations fonctionnelles (éviter la marche en terrains irréguliers, la montée et la descente régulières d'échelles, d'escaliers, le travail sur échafaudage ainsi que le port de charges lourdes), sans baisse de rendement.

E. 11

Il convient à présent d'examiner le degré d'invalidité du recourant. a. Si l'assuré est invalide (art. 8 LGPA) à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). L'art. 8 LGPA précise qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. 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 (art. 7 LGPA). Une atteinte à la santé seule ne suffit pas, quelle que soit sa gravité, à constituer une invalidité; elle doit avoir pour conséquence une incapacité de gain. L'incapacité de gain ne se réfère pas à la profession exercée par l'assuré avant l'atteinte à la santé; si l'assuré est devenu incapable d'exercer sa profession mais peut prendre une autre activité raisonnablement exigible, après le traitement et la réadaptation, l'évaluation de l'incapacité de travail est faite d'après cette activité exigible. Si la perte de gain est due à un manque de places de travail, et non à l'atteinte à la santé, il n'y a pas d'invalidité, dans la définition de laquelle d'autres facteurs extérieurs sont aussi écartés, comme l'âge, le manque de formation, les différences socioculturelles (Pierre-Yves GREBER, L'assurance-vieillesse, survivants et invalidité, in Droit suisse de la sécurité sociale, vol. I, éd. par Pierre-Yves GREBER / Bettina KAHIL-WOLFF / Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Romolo MOLO, 2010, p. 137 ss, n. 166). La notion d'invalidité définie à l'art. 8 LGPA est en principe identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité

A/2655/2018 - 19/29 - (ATF 126 V 288 consid. 2d; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 853/05 du 28 décembre 2006 consid. 4.1.1). Selon l'art. 16 LGPA, 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 degré d'invalidité résulte de la différence entre le revenu dit d'invalide (ou avec invalidité) et le revenu sans invalidité, et ce au moment de l'ouverture du droit à la rente. Les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et 128 V 174). Pour la comparaison des revenus, est réputé revenu au sens de l'art. 16 LGPA le revenu annuel présumable sur lequel les cotisations seraient perçues en vertu de la LAVS (art. 25 al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI – RS 831.201]). b. Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral U 311/02 du 4 février 2003 consid. 4.1). En vertu de l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance lorsqu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une

sensible amélioration de l'état de l'assuré, le moment déterminant étant celui auquel l'état de santé peut être considéré comme relativement stabilisé. La prise de comprimés antidouleur, soit la prescription d'une mesure thérapeutique, ayant uniquement pour effet d'atténuer passagèrement les plaintes liées à un état stationnaire en soi, ne fait pas obstacle à la clôture du cas par l'assureur (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 244/04 du 20 mai 2005 consid. 3.1). En l'espèce, le recourant, dont le traitement actuel consiste en la prise de comprimés antidouleur (Dafalgan, Tramal), ne conteste pas que son état de santé était stabilisé au 30 juin 2017, ouvrant ainsi dès le 1er juillet 2017 le droit à une éventuelle rente. Partant, la comparaison des revenus doit être effectuée en prenant pour référence l'année 2017. c. Pour déterminer le revenu sans invalidité avant un accident, il faut rechercher quelles sont les possibilités de gain d'un assuré censé utiliser pleinement sa capacité de travail. Peu importe de savoir si l'assuré mettait à profit, entièrement ou partiellement seulement, sa capacité de travail; ces éléments sont pris en compte au travers du montant du gain assuré (arrêt du Tribunal fédéral 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 5.5 et les références). Lorsqu'on peut partir de l'idée que l'assuré aurait continué son activité professionnelle sans la survenance de l'atteinte à la santé, on prendra en compte le revenu qu'il obtenait dans le poste occupé jusqu'alors, adapté à l'évolution des salaires (RAMA 2006 n. U 568, p. 66 consid. 2).

A/2655/2018 - 20/29 - d. S'agissant de la fixation du revenu d'invalidé, ce n'est pas le fait que l'assuré mette réellement à profit sa capacité résiduelle de travail qui est déterminant, mais bien plutôt le revenu qu'il pourrait en tirer dans une activité raisonnablement exigible. Le caractère raisonnablement exigible d'une activité doit être évalué de manière objective, c'est-à-dire qu'on ne peut simplement tenir compte de l'appréciation négative par l'assuré de l'activité en cause. En application de ce principe, la jurisprudence admet très largement le caractère exigible d'une activité (Ulrich MEYER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 2ème éd., p. 294ss). Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, la jurisprudence considère que le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de statistiques salariales (ATF 126 V 75 consid. 3b), singulièrement à la lumière de celles figurant dans l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), publiée par l'office fédéral de la statistique (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa), ou de données salariales résultant des DPT. La détermination du revenu d'invalidé sur la base des DPT suppose, en sus de la production d'au moins cinq DPT, la communication du nombre total des postes de travail pouvant entrer en considération d'après le type de handicap, ainsi que du salaire le plus haut, du salaire le plus bas, et du salaire moyen du groupe auquel il est fait référence. Lorsque le revenu d'invalidé est déterminé sur la base des DPT, une réduction du salaire, eu égard au système même des DPT, n'est ni justifiée ni admissible (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3). En l'absence de DPT recueillies conformément aux exigences jurisprudentielles, il convient pour déterminer le revenu d'invalidé de se fonder sur les salaires qui ressortent des ESS (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). Dans ce cas, il convient de se baser, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne « total secteur privé » (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). À noter que la table TA1 des ESS publiées jusqu'en 2010 correspond à la table TA1_skill_level des ESS publiées depuis 2012 (cf. lettre circulaire AI n° 328 du 22 octobre 2014). La valeur statistique - médiane - s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement

trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C_242/2012 du

E. 13

août 2012 consid. 3).

A/2655/2018 - 21/29 - Lors du recours aux données statistiques des ESS, il y a lieu de procéder à une réduction des salaires statistiques lorsqu'il résulte de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité ou catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) que le revenu que pourrait toucher l'assuré en mettant en valeur sa capacité résiduelle de travail est inférieur à la moyenne. Un abattement global maximal de 25 % permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3.). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6; ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5). e/aa. En l'occurrence, il n'est pas contesté que le recourant, s'il n'avait pas eu son accident, continuerait à travailler au service de B_____ Sàrl en tant qu'aide-coffreur. Par conséquent, il y a lieu de prendre en considération le revenu qu'il recevrait dans cette activité en 2017. Selon les données communiquées par l'ancien employeur, le recourant obtiendrait un salaire horaire de CHF 27.- pour une durée de travail hebdomadaire de 42 heures, ainsi qu'un supplément de 8,33 % à titre de 13ème salaire. Il convient également de prendre en considération l'indemnité de vacances (10,6 %), ce que l'intimée a omis de faire, dès lors que le recourant, avant son accident, bénéficiait de cette indemnité pour laquelle il s'était acquitté de cotisations à l'AVS et qu'on peut raisonnablement admettre qu'il continuerait à la percevoir. Dans la mesure où une indemnité de vacances de 10,64% correspond à un droit aux vacances de 5 semaines, il y a lieu de multiplier le salaire horaire par 47 (52 semaines moins 5 semaines de vacances) afin d'éviter une double indemnisation (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 5.5 et la référence). Ainsi, le revenu sans invalidité s'élève à CHF 63'839.95 selon le calcul suivant : CHF 32.34 (CHF 27.- + 8,33 % + 10,6 %) x 42 heures x 47 = CHF 63'839.95. e/bb. Quant au revenu avec invalidité, le recourant, incapable d'exercer son activité habituelle, n'a pas repris d'activité professionnelle. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, la jurisprudence considère que le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de statistiques salariales ressortant de l'ESS ou de données salariales

résultant des DPT. L'intimée s'est fondée sur les DPT. Elle a retenu cinq

A/2655/2018 - 22/29 - postes de travail en Suisse romande, soit ceux de collaborateur de production (monteuse en appareil) (sic), d'assistant-opérateur (opérateur sur machine), de collaborateur de production (bracelets), d'employé d'atelier emballage et de collaborateur de production (montage, câblage). Le poste d'assistant-opérateur, en tant qu'il implique une position de longue durée debout : très souvent, et des déplacements (marche) jusqu'à 50 m : parfois, et celui d'atelier emballage, en tant qu'il requiert que le recourant cherche les produits dans des locaux annexes, pousse le chariot, porte des charges entre 5 à 10 kg : parfois, alors que celui-ci se déplace avec une canne à gauche, pourraient être incompatibles avec les limitations fonctionnelles retenues (activité essentiellement sédentaire, marche sur de courtes distances et pas de port de charges lourdes). La question de savoir si ces DPT sont adaptées aux limitations du recourant peut en l'état demeurer ouverte, car si l'on s'écarte des DPT pour recourir aux ESS, le degré d'invalidité n'est de toute manière pas supérieur à 12 %, comme il sera démontré ci-après. e/cc. En ce qui concerne l'année de référence des tableaux statistiques à appliquer, l'ESS 2016 n'était pas encore publiée (elle l'a été le 26 octobre 2018) au moment déterminant de la décision sur opposition du 18 juin 2018. Aussi convient-il de se référer à la version 2014 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_655/2016 du 4 août 2017 consid. 6.3). Le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités physiques ou manuelles simples (niveau de compétence 1) dans le secteur privé. Vu que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, il y a lieu d'admettre qu'un nombre significatif sont adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans aucune formation particulière (arrêt du Tribunal fédéral 9C_279/2008 du 16 décembre 2008 consid. 4). Il n'est pas irréaliste de retenir qu'il existe, parmi la large palette d'activités considérées, un emploi adapté à la situation du recourant sur un marché du travail équilibré. Cette notion est certes théorique et abstraite mais elle est inhérente au système et trouve son fondement à l'art. 16 LPG (arrêt du Tribunal fédéral 8C_771/2011 du

E. 15

Quand bien même l'intimée obtient gain de cause, elle conclut à tort à l'octroi de dépens, dès lors qu'elle n'est pas représentée par un avocat indépendant.

E. 16

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

A/2655/2018 - 29/29 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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