

GE_GERICHTE ATAS/346/2018 vom 19. April 2018

GE Cour de justice, 2018-04-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_346_2018

FR: GE_GERICHTE ATAS/346/2018 du 19 avril 2018

IT: GE_GERICHTE ATAS/346/2018 del 19 aprile 2018

Erwägungen

E. 20

minutes. L'utilisation d'une seule main augmente également sa fatigabilité. S'agissant du revenu d'invalidé, le recourant reproche à l'intimée de n'avoir pas procédé à une enquête sur les postes de travail adaptés à une activité mono- manuelle. Selon lui, le revenu hypothétique d'invalidé retenu est excessivement élevé et irréaliste, compte tenu de la perte de fonctionnalité d'un bras. On pourrait tout au plus admettre comme base de calcul le salaire ressortant des lignes 77-82 du tableau 1 de l'ESS 2012, soit une activité administrative simple et répétitive. Dans une telle activité, le revenu annuel pour un homme serait de CHF 55'632.- par an, montant qu'il conviendrait encore de réduire de 25%, ce qui conduirait, après comparaison au revenu avant invalidité de CHF 62'400.-, à un degré d'invalidité de 37%. 50. Invitée à se déterminer, l'intimée, dans sa réponse du 9 avril 2015, a conclu au rejet du recours. Elle relève notamment que le recourant ne peut se prévaloir du degré d'invalidité de 100% reconnu par l'OAI, dès lors que ce dernier a tenu compte de ses troubles psychiques. Quant au degré d'invalidité, il a été calculé conformément aux dispositions légales : l'exigibilité médicale a été soigneusement examinée ; le fait que le recourant ne puisse solliciter sa main gauche ne signifie pas pour autant qu'il est dans l'impossibilité totale d'exercer la moindre activité professionnelle et il n'incombe pas à l'assurance-accidents de trouver concrètement un emploi à ses assurés. 51. Dans sa réplique du 7 mai 2015, le recourant a persisté dans ses conclusions. Le recourant soutient notamment que le salaire d'invalidé est manifestement trop élevé, puisqu'il dépasse le salaire avant invalidité. Le recourant reproche à l'intimée de n'avoir pas expliqué en quoi pourrait consister une activité adaptée. Selon lui, considérer qu'un ouvrier sans formation ne pouvant plus utiliser un bras peut se recycler dans un travail de bureau et obtenir un salaire plus important qu'avant la survenance de l'invalidité procède d'une démarche irréaliste, d'autant que ses limitations fonctionnelles sont amplifiées par le syndrome algique séquellaire dont il souffre. Il ajoute que la comparaison à laquelle a procédé l'intimée est également erronée en tant qu'elle ne tient pas compte du fait que l'activité habituelle n'était exercée qu'à raison de 40 h./sem. Seul le salaire après invalidité a été indexé, alors que les deux revenus devaient l'être. L'abattement de 25 % devait être appliqué au salaire d'invalidé de CHF 55'632.-.

A/780/2015 - 11/20 - 52. Dans sa duplique du 29 juillet 2015, l'intimée a persisté à son tour dans ses conclusions. S'agissant de la capacité de gain du recourant, elle argue qu'il faut tenir compte du fait que l'intéressé peut exercer des tâches simples de surveillance, de vérification et de contrôle, ou superviser des machines semi-automatiques ou des unités de production. 53. Le 11 février 2016, la Cour de céans a admis le recours, annulé la décision du 4 février 2015, dit que l'assuré avait droit à une rente entière et renvoyé la cause à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision concernant l'indemnité pour

atteinte à l'intégrité (ATAS/117/2016). En substance, la Cour de céans a considéré que trois des critères dégagés par la jurisprudence étant remplis, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre les atteintes psychiques et l'accident devait être admis. Constatant que l'assuré était dans l'incapacité totale, d'un point de vue psychique, d'exercer la moindre activité, elle lui a reconnu le droit à une rente entière dès le 1er septembre 2014 - date à laquelle il avait été mis fin au versement des indemnités journalières. Enfin, la Cour, dans la mesure où elle avait admis le lien de causalité entre les troubles psychiques et l'accident, a jugé qu'ils étaient susceptibles de donner droit à une indemnisation en sus de celle compensant l'atteinte physique et renvoyé la cause à l'intimée afin que celle-ci instruisse cette question au plan médical et rende ensuite une nouvelle décision concernant l'IPAI, tenant compte tant des atteintes physiques que psychiques. 54. Saisi d'un recours de la SUVA, le Tribunal fédéral a statué en date du 9 mars 2017 (ATF 8C_208/2016). En substance, le Tribunal fédéral a considéré pour sa part que les conditions permettant de reconnaître l'existence d'un lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques de l'assuré et l'accident du 21 avril 2011 n'étaient pas réalisées. Il convenait dès lors de confirmer l'IPAI d'ores et déjà fixée sur la base des seules atteintes somatiques et, pour le reste, de renvoyer la cause à la Cour de céans afin que celle-ci se détermine sur la question de savoir si, sur le plan somatique, strictement, une rente de plus de 20% pouvait ou non être reconnue à l'assuré. 55. Invité à s'exprimer, le recourant a demandé une prolongation de délai, tout comme l'intimée. 56. Par écriture du 10 juillet 2017, le recourant a reproché à l'intimée de n'avoir pas établi clairement quel était son rendement réel dans une activité de type monomanuelle.

A/780/2015 - 12/20 - Il allègue avoir continué à faire traiter ses douleurs chroniques, notamment auprès du Centre de traitement de la douleur des HUG et du Centre de médecine de premier recours, en vain, puisque qu'il souffre toujours, malgré les antalgiques qu'il prend en permanence. Il ajoute que son handicap physique est important, puisque son membre supérieur gauche est quasiment inutilisable. A cet égard, il se réfère au rapport final de réadaptation du 13 novembre 2014 de l'OAI, dont il ressort qu'il ne peut tenir plus d'une heure trente en atelier, ni rester concentré sur une tâche plus de vingt minutes en raison des douleurs dont il souffre. Qui plus est, le fait de ne pouvoir travailler qu'avec une seule main toute la journée est de nature à augmenter sa fatigabilité. Si le degré d'invalidité de 100% retenu par l'assurance-invalidité est certes imputable pour partie à ses problèmes psychiques, le recourant considère que cette part ne dépasse pas 50%. Pour le reste, le recourant continue à contester le revenu d'invalidité retenu en arguant qu'aucune activité concrète ne peut être raisonnablement exigée de sa part. Au cas où des doutes subsisteraient quant à l'ampleur de son invalidité du seul point de vue somatique, le recourant se dit prêt à se soumettre à une évaluation par un médecin spécialiste et un ergothérapeute. À l'appui de sa position, il produit : - un rapport établi le 14 janvier 2015 par le Centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur des HUG, concluant à des douleurs neuropathiques du membre supérieur gauche post-traumatique sur section totale des nerfs médian et cutané médial de l'avant-bras et section de l'artère brachiale et du muscle brachial, malgré une neurolyse du nerf médian et un enfouissement musculaire du nerf cutané médial ; ce rapport fait état d'une douleur neuropathique résiduelle dans le territoire du nerf médian et d'une évolution extrêmement lente ; il note aussi une irradiation de la douleur au niveau de l'épaule et la présence au status de contractures paracervicales, du trapèze et des rhomboïdes ; - un rapport rédigé le 21 juin 2016 par le Département de médecine de premier recours des HUG confirmant que le recourant y est suivi depuis novembre 2014, que les

douleurs chroniques persistent au niveau du membre supérieur gauche, irradiant jusqu'à l'épaule, avec une allodynie très importante de tous les territoires du nerf médian et des territoires du nerf cutané médial de l'avant-bras, associées à une diminution de la force, à des fourmillements intermittents et une limitation de la mobilité globale avec une flexion des trois premiers doigts de la main gauche non réalisable. - une brève attestation rédigée le 30 janvier 2017 par la doctoresse Françoise HUMBER, du Service de médecine de premier recours des HUG, attestant que les douleurs persistent malgré plusieurs interventions, la prise d'antalgiques et des séances de physiothérapie.

A/780/2015 - 13/20 - 57. L'intimée s'est déterminée à son tour par écriture du 12 juillet 2017. Elle admet que la capacité de l'assuré à exercer son ancienne activité est définitivement nulle mais considère qu'il reste néanmoins capable d'exercer à plein temps et sans perte de rendement une activité monomanuelle droite. La Cour de céans ayant relevé, dans son arrêt du 11 février 2006, que le médecin-conseil de l'intimée ne s'était jamais expressément prononcé sur la capacité résiduelle de travail et de rendement de l'assuré dans une telle activité, l'intimée ayant soumis cette question à sa division médicale et produit à l'appui de sa position une appréciation rendue le 11 juillet 2017 par la doctoresse M_____, spécialiste FMH en chirurgie générale et traumatologie. Au terme d'un long résumé des documents versés au dossier, ce médecin, au vu des prises de position des Drs F_____ et G_____ - qui, tous deux, avaient noté que la fonction du membre supérieur gauche restait très limitée et que des troubles sensitifs importants subsistaient sur le territoire du nerf médian -, admet que l'usage du bras gauche est effectivement illusoire. Pour autant, la Dresse M_____ émet l'opinion que les douleurs, quant à elles, n'influencent que peu, voire pas du tout l'utilisation du bras gauche. Elle en veut pour démonstration que le recourant ne prend que du Dafalgan, antalgique mineur, accompagné de manière très irrégulière de Lyrica. La Dresse M_____ explique que si l'on peut en effet s'attendre, après une section de nerf, à des douleurs neuropathique, celles-ci, dans le cas présent, ne sont pas démontrées au vu du fait que l'assuré ne prend que de manière irrégulière le Lyrica, lequel constitue pourtant le traitement de choix de telles douleurs. Elle en tire la conclusion que la symptomatologie douloureuse évoquée par l'assuré comme facteur ayant une répercussion sur sa capacité de travail et son rendement ne peut être corroborée et que l'exercice d'une activité professionnelle monomanuelle droite est donc exigible sans perte de capacité, ni de rendement. Pour le surplus, l'intimée se réfère à l'ESS 2014 et en tire la conclusion que le revenu d'invalidité doit être fixé à CHF 49'839.84, après réduction de 25%, ce qui, comparé au revenu de valide de CHF 62'400.- conduit à un degré d'invalidité de 20% seulement. 58. Par écriture supplémentaire du 29 septembre 2017 en réponse aux nouvelles pièces produites par le recourant, l'intimée a fait valoir que celles-ci, pas plus que le rapport de réadaptation professionnelle du 13 novembre 2014, ne permettaient de s'écarter des conclusions de la Dresse M_____ du 11 juillet 2017. Elle joint à l'appui de sa position un nouvel avis de la Dresse M_____, émis le 29 septembre 2017. Elle retient qu'hormis une adaptation du dosage, les traitements de Dafalgan et Lyrica ont été peu modifiés durant les dernières années. Elle explique ne pas nier l'existence de douleurs neuropathiques du membre supérieur gauche chez l'assuré mais ne voir aucune raison qui empêcherait l'intéressé d'exercer une profession monomanuelle, puisqu'il est droitier. S'agissant plus particulièrement du rapport de

A/780/2015 - 14/20 - réadaptation professionnelle de novembre 2014, elle relève que le médecin-conseil n'a conclu à l'inexistence d'une capacité de travail dans toute activité que

pour des raisons psychiatriques. Pour le reste, s'agissant du revenu avant invalidité, l'intimée allègue s'être basée sur les renseignements fournis par l'ancien employeur de l'assuré en 2014. Elle considère qu'à partir du moment où il est établi que l'intéressé travaillait 40 h./sem., on ne saurait rapporter son salaire de valide à une durée hebdomadaire de 41,5 heures. Enfin, l'intimée se réfère à la jurisprudence pour réaffirmer qu'il ne suffit pas qu'un assuré soit privé de l'usage d'un bras pour exclure toute possibilité concrète d'emploi dans un marché du travail équilibré recouvrant un large éventail d'activités simples et répétitives et en tire la conclusion que c'est bel et bien la table valable pour l'ensemble du secteur privé qui doit être retenue. 59. Par écriture du 16 octobre 2017, le recourant a persisté dans ses conclusions.

EN DROIT

1. Les questions de la compétence de la Cour de céans et de la recevabilité du recours ayant déjà été examinées, il n'y a pas lieu d'y revenir. 2. Il convient de relever que le taux de l'IPAI n'est plus contesté à ce stade de la procédure dès lors que l'argumentation du recourant consistait à soutenir qu'il devait être tenu compte de ses atteintes psychiques, ce que le Tribunal fédéral a nié. Seule reste donc litigieuse la question de l'éventuelle incapacité de gain de l'assuré imputable à ses seules atteintes physiques et du degré d'invalidité en découlant. 3. Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) 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 LPGA 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 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 (art. 16 LPGA). 4. Ainsi que le Tribunal fédéral des assurances l'a déclaré à maintes reprises, la notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance

A/780/2015 - 15/20 - militaire et d'assurance-invalidité. Dans ces trois domaines, elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé assurée, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entre en ligne de compte pour l'assuré. La définition de l'invalidité est désormais inscrite dans la loi. Selon l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. En raison de l'uniformité de la notion d'invalidité, il convient d'éviter que pour une même atteinte à la santé, assurance-accidents, assurance militaire et assurance-invalidité n'aboutissent à des appréciations divergentes quant au taux d'invalidité. Cela n'a cependant pas pour conséquence de les libérer de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité. En aucune manière un assureur ne peut se contenter de reprendre simplement et sans plus ample examen le taux d'invalidité fixé par l'autre assureur, car un effet obligatoire aussi étendu ne se justifierait pas (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 323/04 du 30 août 2005 consid. 4.1). On rappellera en outre qu'à l'inverse de l'assurance-invalidité, la responsabilité de l'assureur-accidents se limite aux seules atteintes à la santé qui se trouvent en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'événement accidentel assuré, ce qui explique

que les degrés d'invalidité auxquels aboutissent ces deux assureurs sociaux divergent parfois, s'agissant d'un même assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 336/01 du 25 octobre 2002 consid. 2). 5. 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; 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances 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 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

A/780/2015 - 16/20 - 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; 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 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). d. 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2). 6. En l'espèce, au plan physique, il n'est pas contesté que la capacité du recourant à exercer son activité habituelle

est définitivement nulle. En revanche, l'intimée le considère totalement apte à exercer à plein temps et sans diminution de rendement une activité monomanuelle s'effectuant de la main droite, ce que l'intéressé conteste. Ainsi que l'a relevé la Cour de céans dans son arrêt précédent, en mars 2014, le Dr F_____ a indiqué que les seules activités envisageables étaient monomanuelles, sans toutefois se prononcer expressément sur la capacité de travail et le rendement du recourant dans une telle activité, notamment eu égard aux douleurs persistantes. Depuis lors, l'intimée a demandé à la Dresse M_____ de compléter l'instruction sur ce point. Le médecin-conseil de l'intimée, s'il admet que le membre supérieur

A/780/2015 - 17/20 - gauche est quasi inutilisable, n'en maintient pas moins que l'assuré pourrait exercer une activité adaptée sans réduction de rendement. Il fonde sa position sur le fait que le recourant ne recourt à des antalgiques puissants que de manière irrégulière. Cette position n'est cependant pas convaincante dans la mesure où la Dresse M_____ adopte des positions contradictoires. D'une part, elle admet que l'existence de douleurs neuropathiques en de telles circonstances n'est pas surprenante, voire même attendue, d'un autre côté, elle minimise les douleurs en question au simple motif que le recourant ne recourt qu'irrégulièrement à une médication lourde et ce, alors même que nombre de médecins ont objectivé les douleurs en question et que celles-ci se traduisent, par exemple, par des contractures des cervicales, du trapèze et des rhomboïdes ; cf. certificat du 14 janvier 2015). Au surplus, on ne saurait sérieusement conclure, comme le fait la Dresse M_____ que le fait de souffrir en permanence, d'une part, de ne pouvoir utiliser qu'une seule main tout au long de la journée, d'autre part, ne se traduit par aucune diminution de la capacité de travail, ne serait-ce qu'en termes de rendement. La Cour de céans ne saurait donc suivre cette appréciation peu convaincante. Se pose dès lors la question de la mise sur pied d'une nouvelle expertise. Cependant, dans la mesure où les atteintes sont clairement identifiées et non contestées, on voit mal ce qu'une expertise médicale supplémentaire pourrait apporter. La question se pose plutôt en termes de capacité réelle de travail et de limitations fonctionnelles au vu de l'invalidité du bras gauche et des douleurs. A cet égard, on peut se référer utilement au stage d'observation professionnelle réalisé par l'OAI auprès des EPI puisque ceux-ci avaient précisément pour mission de déterminer quelle activité pourrait concrètement être envisagée. Au terme de leur rapport du 9 mars 2012, les EPI ont conclu que l'assuré n'était pas réadaptable dans une activité professionnelle. Certes, cette appréciation tient partiellement compte d'atteintes psychiques dont l'intimée n'a pas à répondre. Il n'en demeure pas moins que les maîtres de stage ont constaté que l'atteinte physique à elle seule avait un fort impact sur les aptitudes fonctionnelles du recourant, au point que la plupart des activités manuelles et industrielles n'étaient pas adaptées. En particulier, l'intéressé ne pouvait conserver durablement une position de travail et devait faire des pauses régulières. Il a aussi été constaté que, dans une activité n'impliquant que le membre supérieur droit, il fallait éviter les gestes amples et/ou répétitifs et ceux s'effectuant au niveau de la poitrine. Ces observations confirment qu'il est irréaliste de conclure à une pleine et entière capacité résiduelle de travail, même dans une activité monomanuelle. S'il est vrai que le recourant ne saurait invoquer le degré d'invalidité de 100% retenu par l'assurance-invalidité, puisque l'OAI lui a reconnu une totale incapacité de travail avant tout d'un point de vue psychique, il paraît tout aussi déraisonnable de conclure à l'absence totale de toute diminution de rendement au vu des circonstances, même dans les activités évoquées par l'intimée, telles que celles de

A/780/2015 - 18/20 - surveillance, de vérification et de contrôle, ou de supervision de machines semi- automatiques ou d'unités de production. En l'état, aucun médecin - en dehors de la Dresse M_____ dont il a déjà été dit que l'avis n'emporte pas la conviction - ne s'est exprimé quant à l'ampleur de la diminution de rendement imputable aux seules atteintes physiques et aux douleurs. Des avis versés au dossier, on peut retenir qu'une activité monomanuelle reste possible, mais sans savoir à quel taux exactement. Le rapport des EPI donnent des indications intéressantes mais ses conclusions tiennent compte de l'ensemble des atteintes, y compris psychiques - manque de ressources, difficultés de concentration - et d'éléments non médicaux - difficultés linguistiques, formation lacunaire. Dans un arrêt I 778/2005 du 11 janvier 2007, le Tribunal fédéral, dans un cas similaire (assuré droitier grandement limité au niveau du bras gauche ; consid. 6.3.1), dans lequel les médecins ne s'étaient pas non plus clairement prononcés sur une éventuelle diminution du rendement de l'assuré dans une activité adaptée, compte tenu des limites fonctionnelles de son bras gauche, a considéré qu'une déduction globale de 25% sur le revenu établi au moyen des données salariales publiées par l'Office fédéral de la statistique prenait suffisamment en considération une éventuelle diminution de rendement en raison de l'usage limité que l'assuré pouvait faire de son bras gauche (pour comparaison avec d'autres cas dans lesquels l'assuré subissait une limitation importante de l'usage d'un bras : arrêts R. du 2 février 2005 [I 394/04], B. du 7 juin 2005 [I 766/04], L. du 16 décembre 2004 [U 197/03]; A. du 26 mars 2003 [U 192/02]; voir cependant arrêt F. du 30 juillet 2003 [I 245/03]). Au vu des difficultés manifestes des différents professionnels pour évaluer la capacité résiduelle de travail du recourant dans une activité adaptée, il convient d'adopter en l'occurrence la même solution. C'est par conséquent à juste titre que l'intimée s'est fondée sur l'ESS 2014 et a appliqué une réduction de 25%. Il n'y a dès lors pas lieu de s'écarter du revenu ainsi retenu à titre de revenu d'invalidé, soit CHF 49'839.85. Le salaire avant invalidité a été fixé, lui, à CHF 62'400.-, selon les informations fournies par le dernier employeur en janvier 2014, dont il ressort que le revenu de l'intéressé n'aurait pas évolué et serait resté de CHF 4'800.- par mois, versé treize fois l'an. En l'occurrence, il n'y a pas lieu de s'écarter de ce montant pour tenir compte du fait que le recourant ne travaillait que 40 h./sem., puisqu'il ne s'agit pas là d'un revenu établi sur la base de statistiques - comme dans l'arrêt auquel se réfère le recourant - mais du salaire qu'il aurait concrètement réalisé auprès de son employeur. La comparaison des revenus ainsi déterminés conduit bel et bien à un degré d'invalidité de 20%. Il en découle que la décision litigieuse n'est pas critiquable. Le recours est donc rejeté.

A/780/2015 - 19/20 -

A/780/2015 - 20/20 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant Au fond :

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