

# **GE\_GERICHTE ATAS/358/2015 vom 11. Mai 2015**

GE Cour de justice, 2015-05-11, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_358\\_2015](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_358_2015)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/358/2015 du 11 mai 2015

IT: GE\_GERICHTE ATAS/358/2015 del 11 maggio 2015

## **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 - 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**

Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

### **E. 3**

Le litige porte sur la question du droit du recourant à une rente invalidité, la contestation portant d'une part sur le taux de capacité de travail exigible retenu par l'intimé, se fondant sur l'expertise indépendante qu'il a ordonnée, et d'autre part sur le revenu sans invalidité.

### **E. 4**

Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Aux termes de l'art. 7 al. 1 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.

### **E. 5**

Selon l'art. 7 al.1 LAI l'assuré doit entreprendre tout ce qui peut être raisonnablement exigé de lui pour réduire la durée et l'étendue de l'incapacité de travail (art. 6 LPGA) et pour empêcher la survenance d'une invalidité (art. 8 LPGA). Selon l'art. 7 al.2 LAI l'assuré doit participer activement à la mise en œuvre de toutes les mesures raisonnablement exigibles contribuant soit au maintien de son emploi actuel, soit à sa réadaptation à la vie professionnelle ou à l'exercice d'une

A/2411/2014 - 11/19 - activité comparable (travaux habituels). Il s'agit en particulier: a. de mesures d'intervention précoce (art. 7d); b. de mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle (art. 14a); c. de mesures d'ordre professionnel (art. 15 à 18 et 18b); d. de traitements médicaux au sens de l'art. 25 LAMal3; e. de mesures en vue d'une nouvelle réadaptation destinées aux bénéficiaires de rente au sens de l'art. 8a, al. 2 (mesures

de nouvelle réadaptation).

#### **E. 6**

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes : a. sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être établie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles ; b. il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable ; c. aux termes de cette année, il est invalide à 40 % au moins.

#### **E. 7**

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. 28a al. 1 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

#### **E. 8**

Il existe différentes méthodes pour évaluer l'invalidité d'un assuré en fonction du statut de ce dernier. L'art. 16 LPGA prévoit que, 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. Il s'agit là de la méthode dite de comparaison des revenus, qu'il convient d'appliquer aux assurés exerçant une activité lucrative (ATF 128 V 29 consid. 1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 128 V 174 consid. 4a). Le revenu sans invalidité se détermine pour sa part en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'intéressé aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). 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 (arrêt du

A/2411/2014 - 12/19 - Tribunal fédéral des assurances I 428/06 du 25 mai 2007 consid. 7.3.3.1). On n'admettra d'exceptions à ce principe que si elles sont établies au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Selon la jurisprudence, si le revenu sans invalidité se détermine en général d'après le dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, il est toutefois possible de s'en écarter quand on ne peut l'évaluer sûrement (cf. ATF 128 V 29 consid. 1 p. 30 s.). Ainsi, lorsque le revenu avant l'atteinte à la santé a été soumis à des fluctuations importantes à relativement court terme, il y a lieu de se baser sur le revenu moyen réalisé pendant une période assez longue (ch. 3024 de la Circulaire [CIIAI] de l'OFAS sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité). Si l'assuré a effectué des heures supplémentaires en nombre très variable et en l'absence d'invalidité, il ne faut alors pas se fonder pour le calcul du revenu sans invalidité sur le

revenu de l'année précédente, mais sur une valeur moyenne calculée sur plusieurs années (arrêt 9C\_279/2012 consid.4 ;. 9C\_868/2009 du 22 avril 2010 consid. 2.3 et 2.4, arrêt 9C\_361/2008 du 9 février 2009 consid. 6.2) Pour déterminer le revenu d'invalidé de l'assuré, il y a lieu en l'absence d'un revenu effectivement réalisé de se référer aux données salariales, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires publiées par l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 75 consid. 3b). 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). Conformément à l'art. 61 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative (LPA -E 5 10), seul l'abus ou l'excès du pouvoir d'appréciation peut être revu par le Tribunal de céans. Il y a notamment excès de pouvoir d'appréciation négatif lorsque l'autorité renonce à faire usage de son pouvoir d'appréciation (ATF 116 V 307 consid. 2).

#### **E. 9**

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge s'il y a eu recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à apporter 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 261 consid. 4).

#### **E. 10**

Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin-traitant destiné à l'office de l'assurance-invalidité, les

A/2411/2014 - 13/19 - expertises de médecins indépendants de l'institution de l'assurance, les examens pratiqués par les centres d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge (VSI 1997, page 318, consid. 3b ; BLANC, La procédure administrative en assurance invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142).

#### **E. 11**

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation

médicale soient claires et qu'enfin, les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen d'une preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références ; ATF non publié du 23 juin 2008 dans la cause 9C\_773/2007 consid. 2.1).

#### **E. 12**

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. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

#### **E. 13**

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).

#### **E. 14**

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre

A/2411/2014 - 14/19 - un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

#### **E. 15**

Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 139 V 176 consid. 5.3 et les références). 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).

#### **E. 16**

En l'occurrence, il y a tout d'abord lieu d'observer, à titre liminaire, que la question de savoir si l'assuré a entrepris, depuis la survenance de l'incapacité de travail, en novembre 2011, tout ce qui peut être raisonnablement exigé de lui pour réduire la durée et l'étendue de l'incapacité de travail au sens de l'art. 7 LAI, notamment en refusant à 2 reprises le traitement chirurgical proposé par le service de neurochirurgie des HUG, peut rester ouverte, dans la mesure où il n'a pas été tenu compte par l'intimé dans le cadre de la décision entreprise.

#### **E. 17**

Ceci dit, le recourant conteste tout d'abord l'avis du SMR en tant qu'il a considéré que l'atteinte à la santé subie par le recourant avait donné lieu à une incapacité totale de travail dans son domaine d'activité habituelle de 100 % jusqu'au mois de janvier 2014, puis de 50 % à dater du mois de février de la même année, la pleine capacité étant reconnue dès le mois de mars 2014, et dans une activité adaptée, que l'incapacité de travail était de 50 % dès le 1er mai 2013, la pleine capacité de travail étant retrouvée dès le 1er janvier 2014. Il fonde sa contestation sur le seul certificat médical établi par le docteur D\_\_\_\_\_, médecin traitant du recourant, en date du 23 juillet 2014, lequel a la teneur suivante : « Monsieur (nom, prénom, date de naissance du recourant), que j'ai vu ce jour, présente une capacité de travail en tant que peintre en bâtiment de 25 % à partir du 21 juillet 2014, pour une durée indéterminée. »

A/2411/2014 - 15/19 - La chambre de céans rappelle que l'avis du service médical de l'intimé est en réalité essentiellement fondé sur l'expertise rhumatologique du Dr G\_\_\_\_\_, spécialiste reconnu et expert indépendant mandaté par l'intimé. Or, ce rapport d'expertise a été établi sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier: l'expert a en effet examiné chaque document médical à disposition (réunis par la CNA et par l'OAI) ; il a procédé à l'anamnèse, familiale et personnelle de l'assuré : (anamnèse systématique sur le plan médical, professionnel et psychosocial). Il a recueilli les plaintes somatiques de l'assuré, et a procédé personnellement à son status clinique somatique, détaillé. Il a en outre ordonné une IRM lombaire complémentaire afin de contrôler l'évolution de la hernie discale, en corrélation avec celle intervenue en dernier lieu le 16 novembre 2012. Les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée : l'expert s'est en effet prononcé sur toutes les questions qui lui ont été posées, a posé un diagnostic précis, et il aboutit enfin à des résultats convaincants. A teneur de la jurisprudence susmentionnée, il y a lieu de lui reconnaître une pleine valeur probante. Le juge ne saurait en effet écarter cet avis, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé. Le recourant n'a à aucun moment dans ses écritures même évoqué ce rapport d'expert, se bornant à constater en une seule phrase, se référant aux conclusions de l'intimé et de son service médical, que le médecin traitant du recourant ne partage pas cet avis, dès lors que selon lui, sa capacité de travail dans son activité de peintre en bâtiment ne serait à ce jour que de 25 %. Force est dès lors que de constater que le recourant ne fait qu'opposer aux conclusions de l'intimé, fondées sur l'avis médical d'un

expert, détaillé et convaincant, l'avis lapidaire et non motivé du médecin traitant qui non seulement n'a pas étayé ses conclusions, mais encore, n'a nullement remis en cause le rapport d'expertise, en montrant au besoin en quoi celui-ci serait lacunaire, ou aurait négligé la prise en compte d'éléments médicaux sérieux objectivement vérifiables et propres à susciter un doute quant au bien-fondé des conclusions auxquelles il aboutit. Si tel avait été le cas, nul doute que le médecin traitant n'aurait pas manqué de le relever, ce qu'il n'a pas même tenté de faire. Au vu de ce qui précède, et sur la base de la jurisprudence selon laquelle 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, la chambre, se fondant sur le principe de l'appréciation anticipée des preuves, considère inutile de procéder à l'audition du médecin traitant, celle-ci n'étant pas susceptible de remettre en cause la valeur probante de l'expertise du Dr G\_\_\_\_\_. Ce premier grief doit dès lors être rejeté.

## **E. 18**

Reste à examiner le second point litigieux, soit la manière dont l'intimé a procédé à l'évaluation du revenu du recourant, avant l'atteinte à la santé, respectivement sans invalidité.

A/2411/2014 - 16/19 - Il y a tout d'abord lieu de relever que n'est pas litigieuse la méthode dite de comparaison des revenus, appliquée aux assurés exerçant une activité lucrative, que l'intimé a retenue dans le cas d'espèce, le recourant ayant toujours été considéré comme un assuré actif. N'est pas litigieuse non plus la détermination du revenu avec invalidité, en tant qu'elle est fondée sur l'enquête suisse des salaires (ESS) 2010, l'intimé ayant au demeurant fait une correcte application des principes reconnus en la matière. Le recourant met en revanche en cause le fait que l'intimé n'ait pas retenu tout simplement le dernier salaire réalisé dans le cours de l'année 2011, soit juste avant la survenance de l'événement ayant conduit à son incapacité de travail. Or, au vu de la jurisprudence susmentionnée, dont l'intimé a d'ailleurs fait application, prescrivant de privilégier l'évaluation du revenu sans invalidité, respectivement avant l'atteinte à la santé, la prise en compte de la moyenne des salaires sur les 5 dernières années, plutôt que le salaire réalisé dans les mois qui ont précédé l'atteinte à la santé, lorsqu'il apparaît que pendant cette période-là, en l'absence d'une modification du contrat de travail ou de circonstances justifiées, le salaire obtenu dépassait très sensiblement celui obtenu les années précédentes, il y a lieu en effet de constater que le salaire réalisé en 2011 se situait à plus du double de celui réalisé au long des 4 années précédentes, le recourant ayant assumé les mêmes fonctions et dans la même entreprise. Une telle variation, aussi soudaine qu'imprévisible, est évidemment de nature à interpeller. Or, le recourant n'a pas apporté la moindre explication à cette variation exorbitante, aussi insolite que soudaine de son salaire, entre les années 2007 à 2010 d'une part, et l'année 2011, d'autre part. La chambre relève que le recourant n'a non seulement fourni aucune explication pour justifier cette soudaine augmentation de revenus, en 2011, mais il a de surcroît apporté des explications pour le moins insolites pour tenter de justifier le prétendu revenu moyen de l'ordre de CHF 67'000.- par année qu'il prétend devoir être pris en compte pour son activité de peintre en bâtiment, sans atteinte à la santé. Il distingue en effet les 3 dernières années où il prétend avoir travaillé, soit 2011, 2012 et 2013, d'une part, et l'année 2014 où il aurait touché des indemnités journalières, d'autre part : - pour l'année 2011, il prend en compte le revenu tel que déclaré à l'impôt à la source, soit CHF 74'281.-. Comme on le verra, ce chiffre ne correspond pas entièrement à son salaire : il inclut les allocations

familiales reçues pour ses enfants (CHF 9'600.-) ; - pour l'année 2012 il se fonde sur l'attestation de l'impôt à la source, dont il ressort un montant de revenu brut de CHF 63'616.- avec la précision « nombre de charges : 3 ». À suivre le recourant, ce montant serait celui qu'il a gagné par son travail en 2012, alors qu'il était en incapacité totale de travail depuis le 25 novembre 2011, et qu'il inclut les allocations familiales ;

A/2411/2014 - 17/19 - - il affirme ensuite que l'année suivante (2013), « il était payé CHF 29.25 de l'heure, indemnités vacances non comprises, pour une activité de 42.5 heures hebdomadaires » qui selon lui détermine un gain (sans justificatif) de CHF 62'653.- (CHF 29.50 x 42.5 x 4.2 x 12). - Il affirme enfin avoir reçu en 2014 des indemnités au titre de perte de gain de CHF 190.31 par jour, ce qui détermine selon lui un revenu de CHF 68'561.60 (CHF 190.31 x 30 x 12). Il produit toutefois au titre de justificatif de ces indemnités journalières deux décomptes de l'assurance ALLIANZ couvrant l'assurance-maladie collective de l'employeur portant respectivement sur les périodes du 15 mars au 30 avril 2013 et du 1er mai au 30 juin 2013. Il produit encore un décompte de AVENIR assurance-maladie SA au titre de « PC indemnité journalière LCA » pour une couverture de 80 % après 2 jours de délai d'attente, portant sur la période « 50 % du 1er mai au 31 décembre 2013 », soit 245 jours indemnisés à CHF 148.06 par jour. On relèvera incidemment qu'à la demande de la chambre de céans, le recourant a produit en cours de procédure les attestations fiscales de l'impôt à la source des années 2007 à 2010 inclusivement : il n'avait versé à la procédure, à l'appui de son recours, - comme on vient de le voir - que les attestations pour les périodes fiscales 2011 et 2012. La comparaison entre les revenus issus des extraits CI et ceux déclarés à l'impôt à la source sont systématiquement supérieurs de CHF 4'800.- (à CHF 1.- près pour 2007 et à CHF 21.- près pour 2009), de 2007 à 2010, et de CHF 9'600.- pour 2011. L'intimé a relevé que le recourant n'a pas fourni la moindre explication par rapport à cette variation, et remarque à toutes fins utiles que même en prenant les chiffres déclarés à l'impôt à la source (année 2011 exclue, mais pour cette année-là le chiffre ressortant des CI), la différence entre la moyenne des 5 années prises en considération pour fixer le revenu avant l'atteinte à la santé et le revenu avec invalidité ne permettrait de toute manière pas d'atteindre les 40 % minimum donnant droit à ¼ de rente. La chambre observe que même en prenant pour l'année 2011 le chiffre déclaré à l'impôt à la source, la solution ne serait pas différente: le taux d'invalidité serait encore inférieur à 40%. Mais elle ne retiendra de toute manière pas cette hypothèse, dès lors que ces différences s'expliquent par la prise en compte, au niveau fiscal, des allocations familiales et n'ont évidemment pas à être pris en considération dans la détermination de la capacité de gain de l'assuré. Au vu de ce qui précède, la chambre de céans constate que le recourant, loin de démontrer que l'intimé aurait à tort sous-évalué sa réelle capacité de gain à prendre en compte avant l'atteinte à la santé, a manifestement surévalué ses gains, les pièces qu'il a produites, et son argumentation en étant d'ailleurs la preuve évidente. Dans ces circonstances, on ne saurait faire grief à l'intimé d'avoir retenu comme chiffre déterminant de la capacité de gain avant l'atteinte à la santé la moyenne des 5 années précédant celle-ci, en se fondant sur les extraits CI.

A/2411/2014 - 18/19 - A défaut de la moindre justification de la part de l'assuré, l'intimé pouvait à juste titre s'écarter du principe général consistant à apprécier le revenu sans invalidité d'après le dernier salaire obtenu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, et retenir comme l'admet la jurisprudence, la moyenne des 5 dernières années avant l'atteinte à la santé. Ce second grief est ainsi, lui aussi, mal fondé.

**E. 19**

Au vu de ce qui précède, le recours ne peut qu'être rejeté. Etant donné que depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

A/2411/2014 - 19/19 - 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.