

GE_GERICHTE ATAS/476/2016 vom 20. Juni 2016

GE Cour de justice, 2016-06-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_476_2016

FR: GE_GERICHTE ATAS/476/2016 du 20 juin 2016

IT: GE_GERICHTE ATAS/476/2016 del 20 giugno 2016

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) 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-accidents du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

La LPGA, entrée en force le 1er janvier 2003, est applicable à la présente procédure.

E. 3

Le recours a été déposé dans les délai et forme prévus par la loi (art. 56ss LPGA).

E. 4

L'objet du litige dans la procédure administrative contentieuse 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 attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige. Les questions qui - bien qu'elles soient visées par la décision administrative et fassent ainsi partie de l'objet de la contestation - ne sont plus litigieuses, d'après les conclusions du recours, et qui ne sont donc pas comprises dans l'objet du litige, ne sont examinées par le juge que s'il existe un rapport de connexité étroit entre les points non contestés et l'objet du litige (arrêt du Tribunal fédéral 9C_441/2008 du 10 juin 2009 consid. 2.2). En l'espèce, la décision sur opposition circonscrit l'objet de la contestation au seul droit à la rente du recourant, et ce dernier ne prend pas de conclusions portant sur d'autres prestations dans son recours. Ainsi, conformément à la jurisprudence précitée, l'objet du litige se limite au taux d'invalidité du recourant et à la rente qui en découle dès le 1er octobre 2013.

E. 5

L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel en vertu de l'art. 6 al. 1 LAA. Par

A/1590/2015 - 14/24 - accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique ou mentale (art. 4 LPGA). La responsabilité de l'assureur-accident s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de

causalité naturelle avec l'événement assuré (ATF 119 V 335 consid. 1). 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. Il faut que d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, l'accident soit 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; arrêt du Tribunal fédéral 8C_628/2007 du 22 octobre 2008 consid. 5.1). En vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique, il faut d'abord classer les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement: les accidents insignifiants, ou de peu de gravité; les accidents de gravité moyenne et les accidents graves (arrêt du Tribunal fédéral 8C_98/2015 du 18 juin 2015 consid. 3.1). Il convient de s'attacher non pas à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même. Ainsi, lorsque l'accident est insignifiant (l'assuré s'est par exemple cogné légèrement la tête ou s'est fait marcher sur le pied) ou de peu de gravité (il a été victime d'une chute banale), l'existence d'un lien de causalité adéquate entre cet événement et d'éventuels troubles psychiques peut être d'emblée niée (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 324/99 du 10 janvier 2001 consid. 2c). Ce n'est qu'à titre exceptionnel qu'un accident de peu de gravité peut constituer la cause adéquate d'une incapacité de travail et de gain d'origine psychique. Il faut alors que les conséquences immédiates de l'accident soient susceptibles d'avoir entraîné les troubles psychiques et que les critères applicables en cas d'accident de gravité moyenne se cumulent ou revêtent une intensité particulière (arrêt du Tribunal fédéral 8C_510/2008 du 24 avril 2009 consid. 5.2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 369/01 du 4 mars 2002 consid. 2c).

E. 6

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

A/1590/2015 - 15/24 - raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). A teneur de l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente.

E. 7

L'invalidité est une notion économique et non médicale, où sont prises en compte les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de gain (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 15/06 du 21 décembre 2006 consid. 2.2). La notion d'invalidité définie à l'art. 8

LPGA, est en principe identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité (ATF 126 V 288 consid. 2d ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 853/05 du 28 décembre 2006 consid. 4.1.1). Si le Tribunal fédéral a confirmé le caractère uniforme de la notion d'invalidité dans les différentes branches d'assurance, il a renoncé à la pratique consistant à accorder en principe plus d'importance à l'évaluation effectuée par l'un des assureurs sociaux, indépendamment des instruments dont il dispose pour instruire le cas et de l'usage qu'il en a fait dans un cas concret. Certes, il faut éviter que des assureurs procèdent à des évaluations divergentes dans un même cas. Mais même si un assureur ne peut en aucune manière se contenter de reprendre, sans plus ample examen, le taux d'invalidité fixé par un autre assureur, une évaluation entérinée par une décision entrée en force ne peut pas rester simplement ignorée. Toutefois, il convient de s'écarter d'une telle évaluation lorsqu'elle repose sur une erreur de droit ou sur une appréciation insoutenable ou encore lorsqu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec l'assuré. A ces motifs de divergence, il faut ajouter des mesures d'instruction extrêmement limitées et superficielles, ainsi qu'une évaluation pas du tout convaincante ou entachée d'inobjectivité. Enfin, un assureur social ne saurait être contraint, par le biais des règles de coordination de l'évaluation de l'invalidité, de répondre de risques qu'il n'assure pas, notamment, pour un assureur-accidents, une invalidité d'origine malade non-professionnelle. Encore faut-il, pour que l'assurance-invalidité soit liée par l'évaluation de l'assurance-accidents, que celle-ci ait fait l'objet d'une décision passée en force. Tel est le cas si l'entrée en force de la décision de l'assurance-accidents est postérieure à la décision attaquée de l'assurance-invalidité, mais qu'elle est intervenue au cours de la procédure de recours (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 406/01 du 28 novembre 2002 consid. 1.2). Ces principes valent également lorsqu'à l'inverse, la décision de l'assurance-accidents est postérieure à celle de l'assurance-invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 259/00 du 16 mars 2001 consid. 5b).

E. 8

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

A/1590/2015 - 16/24 - travers du montant du gain assuré (arrêt du Tribunal fédéral 8C_708/200 du 21 août 2008 consid. 5.5). 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 (RAMA 2006 n° U 568 p. 66, consid. 2; arrêt du Tribunal fédéral 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 5.5). S'agissant de la fixation du revenu d'invalidité, 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. 2010, p. 294ss). Le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. L'administration doit en principe examiner quelles possibilités de réadaptation concrètes existent pour l'assuré, compte de l'ensemble

des circonstances, en particulier de ses caractéristiques physiques et psychiques ainsi que de sa situation professionnelle et sociale, considérées de manière objective. Cela étant, lorsqu'il est clair d'emblée que l'exercice d'activités relativement variées est encore exigible de l'intéressé, un renvoi général à un marché du travail équilibré, structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifié, est suffisant (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 778/05 du

E. 11

Un justiciable a le droit de faire administrer des preuves essentielles en vertu de la garantie constitutionnelle du droit d'être entendu (ATF 127 V 431 consid. 3a), ce droit n'empêche cependant pas l'autorité de mettre un terme à l'instruction lorsque

A/1590/2015 - 19/24 - 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 (ATF 130 II 425 consid. 2.1; ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).

E. 12

En l'espèce, on relèvera en préambule que l'intimée s'est écartée de l'appréciation de l'invalidité à laquelle a procédé l'OAIE. Cependant, comme on l'a vu, l'assurance-invalidité est tenue de prendre en considération l'âge avancé d'un assuré. En revanche, en vertu de l'art. 28 al. 4 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA - RS 832.202), si, en raison de son âge, l'assuré ne reprend pas d'activité lucrative après l'accident ou si la diminution de la capacité de gain est due essentiellement à son âge avancé, les revenus de l'activité lucrative déterminants pour l'évaluation du degré d'invalidité sont ceux qu'un assuré d'âge moyen dont la santé a subi une atteinte de même gravité pourrait réaliser. Cette disposition vise deux situations : celle où l'assuré, en raison de son âge, ne reprend plus d'activité lucrative après l'accident et celle où l'atteinte à sa capacité de gain a principalement pour origine l'âge avancé de l'assuré. Dans ces deux cas, l'incapacité de gain doit être toutefois imputée au moins partiellement à l'accident. Le revenu hypothétique déterminant pour l'évaluation du degré d'invalidité est alors celui qu'un assuré d'âge moyen dont la santé a subi une atteinte de même gravité pourrait réaliser. Ce système repose sur le fait qu'une même atteinte à la santé peut entraîner chez une personne âgée une invalidité totale, alors qu'elle n'occasionne souvent aucune invalidité chez une personne d'âge moyen. L'art. 28 al. 4 OLAA empêche que l'assuré d'âge avancé dont l'invalidité due à l'accident est peu importante perçoive une rente viagère d'invalidité, qui aurait en l'occurrence le caractère d'une rente de vieillesse. L'assuré d'âge avancé ne percevra donc une rente d'invalidité que dans la mesure où une telle rente serait octroyée dans les mêmes conditions à un assuré d'âge moyen, présentant les mêmes capacités professionnelles et les mêmes aptitudes (André GHÉLEW / Olivier RAMELET / Jean-Baptiste RITTER, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents, Lausanne 1992, p. 103). Selon la jurisprudence, l'âge moyen au sens de l'art. 28 al. 4 OLAA se situe entre 40 et 45 ans (ATF 122 V 418 consid. 1b). Partant, le fait que l'intimée ne se soit pas ralliée à la décision de l'OAIE n'est pas critiquable, dès lors qu'elle n'a pas à prendre en considération l'âge du recourant dans son appréciation de l'invalidité. L'intimée a tenu compte dans son calcul du degré d'invalidité d'une capacité de travail totale du recourant dans une activité légère dans différents secteurs de l'industrie, à condition de ne pas trop mettre à contribution ses

genoux. Cela correspond aux constatations des médecins de la CRR, qui ont exclu le port de charges, les positions contraignantes pour les genoux, les travaux sur des échelles et la station debout sur des terrains pentus. Le rapport des Drs U_____ et V_____ correspond aux réquisits jurisprudentiels en matière de force probante de rapports médicaux, dès lors qu'il a été établi en connaissance du dossier médical du

A/1590/2015 - 20/24 - recourant, qu'il tient compte de ses antécédents, relate ses plaintes, que les médecins se fondent sur des examens médicaux poussés, complétés par des consultations auprès d'autres spécialistes et des examens radiologiques, et que leurs conclusions et diagnostics sont clairs, motivés et convaincants. Il n'existe de plus aucun rapport médical permettant de mettre en doute les conclusions des Drs U_____ et V_____. Elles correspondent, s'agissant de l'activité adaptée, aux conclusions des Drs O_____ et Y_____. Si l'on se réfère au rapport de consultation du Dr X_____, force est de constater que l'incapacité de gain totale que ce médecin mentionne n'est nullement motivée et ne se fonde pas sur des éléments médicaux objectifs, mais sur l'âge du recourant, qui n'est pas un facteur pertinent en assurance-accidents, comme on l'a vu. Quant au Dr P_____, il a attesté d'une incapacité de travail totale. Il n'a cependant pas motivé cette conclusion, et il ne s'est pas expressément prononcé sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée. La Dresse M_____ a certes signalé une aggravation de la maladie articulaire en octobre 2014. Elle n'a cependant pas décrit en quoi consisterait cette aggravation, et les limitations fonctionnelles qu'elle a relevées dans son attestation du 4 mai 2015 se confondent largement avec celles émises par les médecins de la CRR, de sorte qu'on peut douter que l'aggravation alléguée modifie la capacité de gain retenue par l'intimée dans sa décision. Le fait que le recourant n'ait pas envisagé de reprise de travail depuis 2008, comme le note ce médecin, ne signifie pas qu'il n'en soit pas capable au plan médico-théorique. On notera en outre que le Dr Z_____, consulté en novembre 2014 par le recourant, a relevé des mobilités articulaires normales et indiqué que les documents radiologiques révélaient une gonarthrose débutante, ce qui correspond aux constatations des Drs U_____ et V_____ et tend donc à infirmer l'hypothèse d'une aggravation objective de l'atteinte du recourant, puisque l'arthrose n'a pas évolué depuis son séjour à la CRR. Quant aux éventuels troubles psychiques, il n'y a pas lieu d'en tenir compte, dès lors leur prise en charge n'incombe pas à l'intimée. En effet, le recourant a subi une chute en soi relativement anodine au guidon de son scooter, événement qui doit être classé dans la catégorie des accidents de peu de gravité. Partant, un lien de causalité entre les troubles psychiques et l'accident doit d'emblée être nié. Les arguments du recourant ne permettent pas de parvenir à une autre appréciation. S'agissant de l'absence de formation et du fait qu'il maîtriserait mal le français – affirmation qui n'est d'ailleurs corroborée par aucun intervenant – il faut rappeler que ni l'assurance-accidents, ni l'assurance militaire ou l'assurance-invalidité n'ont à répondre d'une diminution de la capacité de gain due essentiellement à d'autres facteurs qu'à une atteinte à la santé, tels que le manque de formation professionnelle ou des difficultés d'ordre linguistique (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 388/01 du 2 décembre 2002 consid. 2.2). Quant au fait que seules des activités mettant à contribution ses genoux seraient accessibles, il s'agit d'une allégation que le recourant n'étaye pas. Il convient au contraire d'admettre que les limitations

A/1590/2015 - 21/24 - fonctionnelles du recourant ne sont pas telles qu'elles rendent impossible l'accès au marché du travail, qui comprend un éventail suffisamment large d'activités sédentaires accessibles sans formation. Le recourant affirme que l'intimée

n'aurait pas tenu compte de ses limitations réelles. Il ne peut être suivi sur ce point dès lors que la Dresse M_____ reprend pour l'essentiel les limitations des médecins de la CRR. Le recourant soutient de surcroît qu'il doit se déplacer avec des béquilles. Outre le fait que cela n'entrave pas en soi l'exercice d'une activité sédentaire, on relèvera que leur utilisation n'apparaît pas indispensable au plan médical. La Dresse C_____ préconisait en effet déjà en avril 2011 que le recourant y renonce, et aucun médecin n'en souligne la nécessité. L'aggravation qu'il invoque depuis l'accident, et qui ressortirait des IRM réalisées en 2009 et 2010, correspond à une gonarthrose débutante prise en compte dans la détermination des limitations fonctionnelles par les médecins. Quant aux douleurs qui auraient augmenté, on notera que celles-ci ne sont pas entièrement corrélées par un substrat organique. Le Dr O_____ a en effet indiqué que les constats radiologiques ne suffisaient pas à expliquer l'ampleur des plaintes du recourant. Les médecins de la CRR ont également noté des divergences entre leurs observations cliniques et les éléments mis en avant par le recourant. Le Dr P_____ a également évoqué la difficulté de cerner les symptômes du recourant, dont la personnalité était qualifiée d'histrionique. L'augmentation des douleurs alléguées n'est de plus confortée par aucun élément clinique objectif. Les autres griefs du recourant ne résistent pas non plus à l'examen. En tant qu'il reproche à l'intimée d'avoir fondé sa décision sur les appréciations des médecins d'arrondissement, il méconnaît le fait que la capacité de travail dans une activité adaptée retenue par l'intimée correspond à celle délimitée par les Drs U_____ et V_____. Par surabondance, le Dr O_____ a examiné en personne le recourant, contrairement à ce que ce dernier affirme. Quoi qu'il en soit, un rapport médical établi sur dossier n'est pas en soi dénué de force probante, comme cela ressort de la jurisprudence citée. Eu égard à ce qui précède, la chambre de céans ne s'écartera pas de la capacité de travail dans une activité adaptée telle que retenue par l'intimée. Compte tenu de la force probante du rapport des médecins de la CRR, il s'avère en particulier inutile de mettre en œuvre une expertise, par appréciation anticipée des preuves. Au vu des difficultés rapportées tant par le Dr X_____ que par le Dr Z_____ pour procéder à l'examen clinique du recourant, on peut de plus, à l'instar de l'intimée, douter de l'utilité d'une telle mesure. Egalement par appréciation anticipée des preuves, la chambre de céans renoncera à l'audition des médecins requise par le recourant et à entendre ce dernier.

E. 13

Il reste à vérifier si le calcul de l'intimée est correct. En ce qui concerne le revenu sans invalidité, on rappellera que selon l'art. 24 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA - RS 832.202), lorsque le droit à la rente naît plus de cinq ans après l'accident ou l'apparition de la maladie

A/1590/2015 - 22/24 - professionnelle, le salaire déterminant est celui que l'assuré aurait reçu, pendant l'année qui précède l'ouverture du droit à la rente, s'il n'avait pas été victime de l'accident ou de la maladie professionnelle, à condition toutefois que ce salaire soit plus élevé que celui qu'il touchait juste avant la survenance de l'accident ou l'apparition de la maladie professionnelle. Cette disposition est applicable en l'espèce, dès lors que le droit à la rente naît le 1er octobre 2013, soit plus de cinq ans après l'accident de mai 2008. Selon les données fournies par l'employeur en mars 2013, le salaire horaire du recourant, suppléments pour vacances et 13ème salaire inclus, aurait été de CHF 36.33 en 2013. Le pourcentage afférent aux vacances indiqué était de 14.04 %. Un droit aux vacances de six semaines correspondant à une indemnité de 13.043 % (Rémi WYLER / Boris HEINZER,

Droit du travail, 3ème éd. 2014, p. 400), on admettra que c'est à des congés de cette durée au moins que pouvait prétendre le recourant. Ainsi, compte tenu d'un horaire hebdomadaire de 40 heures et de 46 semaines de travail par année, le revenu annuel aurait été de CHF 66'759.30 en 2013. En ce qui concerne le revenu avec invalidité, l'intimée l'a fixé à CHF 56'571.27, affirmant dans sa réponse du 13 août 2015 qu'elle s'était fondée sur l'ESS 2010, faisant valoir par surabondance que les données tirées de l'ESS 2012 devaient être prises comme références pour le revenu avec invalidité. Or, les résultats de l'ESS 2012 n'ont été publiés qu'en octobre 2014, si bien que l'intimée n'en disposait pas encore au moment où elle a rendu la décision sujette à opposition. C'est ainsi à juste titre qu'elle s'est fondée sur les chiffres tirés de l'ESS 2010 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_526/2015 du 11 septembre 2015 consid. 3.2.2). La chambre de céans n'appliquera ainsi pas les revenus tirés de l'ESS 2012 mais s'en tiendra aux données de l'ESS 2010. Or, le salaire dans une activité simple et répétitive de niveau 4, soit CHF 4'901.- par mois pour 40 heures par semaine selon l'ESS 2010 (TA1 ligne Total), correspond après indexation et adaptation à la durée normale de travail (DNT) de 41.7 heures à CHF 62'919.38 en 2013. En ce qui concerne l'abattement de 10 %, l'intimée affirme qu'il est conforme à la jurisprudence. A titre d'exemples, dans le cas d'un assuré de 57 ans, longtemps absent du marché du travail, disposant d'une capacité de travail complète avec une diminution de rendement de 20 %, dont les limitations fonctionnelles consistaient en mesures classiques d'épargne de la colonne vertébrale, le Tribunal fédéral a confirmé un abattement de 15 % (arrêt du Tribunal fédéral 9C_713/2009 du 22 juillet 2010 consid. 4.3). Il a également considéré que l'abattement maximal que l'on pouvait admettre pour un assuré âgé de 62 ans, présentant des séquelles accidentelles aux membres inférieurs mais capable de travailler à plein temps, était de 15 % (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 329/02 du 2 septembre 2003 consid. 4.3). Au regard de ces arrêts, force est d'admettre qu'en appliquant un abattement de 10 %, l'intimée, sans être particulièrement favorable au recourant, est restée dans les limites de son pouvoir d'appréciation, de sorte que la chambre de céans ne saurait

A/1590/2015 - 23/24 - revoir la quotité de cette réduction. Ainsi, le revenu d'invalidité est réduit à CHF 56'627.10. La comparaison entre le revenu sans invalidité aboutit à un degré d'invalidité de 15.3 %, qui sera arrondi au chiffre inférieur (ATF 130 V 121 consid. 3.2), soit 15 %. Le recourant a ainsi droit à une rente d'invalidité de 15 %.

E. 14

Eu égard à ce qui précède, le recours est très partiellement admis. Le recourant a droit à des dépens, qui seront fixés à CHF 800.- (art. 61 let. g LPGA). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/1590/2015 - 24/24 - 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.