

GE_GERICHTE ATAS/658/2016 vom 23. August 2016

GE Cour de justice, 2016-08-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_658_2016

FR: GE_GERICHTE ATAS/658/2016 du 23 août 2016

IT: GE_GERICHTE ATAS/658/2016 del 23 agosto 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

A 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.

A/68/2016 - 11/26 - 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 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 délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais entre le 18 décembre 2015 et le 2 janvier 2016 inclus, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

E. 4

Le litige porte sur le degré d'invalidité du recourant, et plus particulièrement sur sa capacité de travail résiduelle et sur le montant du salaire avec invalidité.

E. 5

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). 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).

E. 6

a. 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 exigence est remplie 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, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. 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).

A/68/2016 - 12/26 - 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. b. Les notions de syndrome douloureux régional complexe (CRPS - Complex regional pain syndrome en anglais), algodystrophie ou maladie de Suedeck désignent, en médecine, un état maladif post-traumatique, qui est causé par un traumatisme bénin, qui se transforme rapidement en des douleurs importantes et individualisées avec des sensations de cuisson, qui s'accompagnent de limitations fonctionnelles de type moteur, trophique ou sensori-moteur. Toute une extrémité ou une grande partie d'une zone du corps est touchée. Les causes peuvent non seulement être une distorsion d'une articulation mais aussi, par exemple, un infarctus. La discordance entre le traumatisme à l'origine, qui peut en réalité être qualifié de bagatelle, et les conséquences est importante. L'étiologie et la pathogenèse de ce syndrome ne sont pas claires. C'est pourquoi, selon la jurisprudence, pour qu'un tel syndrome puisse constituer la conséquence d'un accident, les trois critères suivants doivent être réalisés. a) la preuve d'une lésion physique (comme par exemple un hématome ou une contusion) après un accident ou l'apparition d'une algodystrophie à la suite d'une opération nécessitée par l'accident; b) l'absence d'un autre facteur causal de nature non traumatique (comme par exemple : état après infarctus du myocarde, après apoplexie, après ou lors de l'ingestion de barbituriques, lors de tumeurs, de grossesses; et c) et une courte période de latence entre l'accident et l'apparition de l'algodystrophie, soit au maximum six à huit semaines (arrêts du Tribunal fédéral 8C_871/2010 du 4 octobre 2011 consid. 3.2 et 8C_384/2009 du 5 janvier 2010 consid. 4.2.1 in SVR 2010 UV n° 18 p. 69). c. 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). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose guère, car l'assureur répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent

A/68/2016 - 13/26 - habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 291 consid. 3a). En revanche, il en va autrement lorsque des symptômes, bien qu'apparaissant en relation de causalité naturelle avec un événement accidentel, ne sont pas objectivables du point de vue organique. Dans ce cas, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (ATF 115 V 133 consid. 6; ATF 115 V 403 consid. 5). La jurisprudence a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par ex. une chute banale); les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher 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 (ATF 115 V 133 consid. 6; ATF 115 V 403 consid. 5). Sont déterminantes les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent (arrêt du Tribunal fédéral 8C_890/2012 du 15 novembre 2013 consid. 5.2 et les références). Dans la pratique, ont notamment été jugés comme étant de gravité moyenne, les accidents de la circulation suivants : l'accident au cours duquel une assurée a été heurtée frontalement sur un passage piéton par un véhicule roulant à environ 40-50 km/h (arrêt du Tribunal fédéral 8C_546/2013 du 24 septembre 2013), ou un piéton renversé par une voiture avec traumatisme crânien, perte de connaissance et hospitalisation pendant 18 jours (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U.128/03 du 24 avril 2003), ou le cas d'une assurée qui traversait à vélo, à une vitesse réduite, un passage sécurisé par des feux lorsqu'elle a été heurtée latéralement par un scooter qui n'avait pas respecté la signalisation lumineuse, roulait à vitesse modérée mais n'avait pas freiné, projetant la victime à une distance de plus de

E. 9

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).

E. 10

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).

E. 11

Enfin, l'ancien Tribunal fédéral des assurances a précisé sa jurisprudence relative au principe d'uniformité de la notion d'invalidité dans l'assurance sociale en ce sens que l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité n'a pas de force contraignante pour l'assureur-accidents (ATF 131 V 362 consid. 2.3).

E. 12

a. Dans le cadre de ses écritures, le recourant fait valoir qu'il souffre d'une algodystrophie (ou syndrome douloureux régional complexe) en lien de causalité avec l'accident, ce que conteste l'intimée. La chambre de céans relèvera que la décision litigieuse ne porte pas sur la question du lien de causalité entre cette atteinte et l'accident assuré. b. Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la procédure juridictionnelle administrative peut être étendue, pour des motifs d'économie de procédure, à une question en état d'être jugée qui excède l'objet du litige, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet

A/68/2016 - 17/26 - initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun, et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins (ATF 130 V 503 ; ATF 122 V 36 consid. 2a et les références). Les conditions auxquelles un élargissement du procès au-delà de l'objet de la contestation est admissible sont donc les suivantes: la question (excédant l'objet de la contestation) doit être en état d'être jugée; il doit exister un état de fait commun entre cette question et l'objet initial du litige; l'administration doit s'être prononcée à son sujet dans un acte de procédure au moins; le rapport juridique externe à l'objet de la contestation ne doit pas avoir fait l'objet d'une décision passée en force de chose jugée et les droits procéduraux des parties doivent être respectés (arrêt du Tribunal fédéral 9C_678/2011 du 4 janvier 2012 consid. 3.1).

L'extension de l'objet de la contestation ne peut pas conduire à inclure dans le litige une question qui a déjà été jugée par une décision entrée en force et à remettre celle-ci en cause, au-delà d'un examen sous l'angle des conditions de la reconsidération ou de la révision procédurale (arrêt du Tribunal fédéral 9C_678/2011 du 4 janvier 2012 consid. 3.3). c. En l'occurrence, dans la mesure où l'examen de la question du lien de causalité entre l'algodystrophie et l'accident est nécessaire pour déterminer le degré d'invalidité du recourant, que ce point litigieux est en état d'être jugé et que les parties se sont prononcées à son sujet, la chambre de céans est d'avis qu'il y a lieu d'étendre la procédure à cette question. La chambre de céans constate que si le diagnostic d'algoneurodystrophie a certes été posé par le Dr C_____ le 5 juillet 2012, on relèvera toutefois que le 7 décembre 2012 déjà, le Dr B_____ indiquait que l'IRM révélait la disparition de la synovite compatible avec cette algodystrophie. Par la suite, les spécialistes ont d'ailleurs fait référence soit à un probable épisode algodystrophique (rapport du Dr K_____ du 25 juin 2015), soit à un possible syndrome douloureux régional complexe anamnestique en 2012 (rapport du Dr H_____ du 2 juin 2014, rapport de la Dresse J_____ du 4 novembre 2015). En outre, lorsque le Dr

C _____ a soumis le cas du recourant au Dr F _____ pour un 2ème avis en raison des importantes douleurs qui persistaient, le Dr C _____ n'a nullement fait état de l'existence d'une algodystrophie ou d'un syndrome douloureux régional complexe (rapport du 15 novembre 2013). Quant au Dr F _____, ses examens complémentaires n'ont pas permis de mettre en évidence un tel diagnostic (rapport du 4 février 2014), tout comme le Dr H _____ (rapport du 2 juin 2014). Enfin, si le

E. 13

a. Dans sa décision litigieuse, l'intimée a retenu, en se fondant sur l'appréciation de la Dresse J _____ et du Dr H _____ de la CRR, qu'en raison de ses atteintes, le recourant a une capacité de travail totale dans une activité adaptée, sans baisse de rendement dès le 1er janvier 2015, ce que le recourant conteste en se référant aux avis des Drs C _____ et L _____. b. Par rapport du 2 juin 2014, le Dr H _____ a estimé que l'accident avait entraîné une fracture-impaction du secteur antéro-interne de la jonction diaphyso-métaphysaire du tibia, une fracture du tiers interne de l'os naviculaire, une fracture in situ du péroné, une contusion du calcanéum et des contusions musculaires. Le recourant avait présenté un possible syndrome douloureux régional complexe de type 1 du pied gauche, anamnestique en 2012. Les limitations retenues étaient la marche en terrain accidenté, la montée/descente d'échelles, la position debout statique prolongée et la marche prolongée. Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité d'éboueur était défavorable. Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles était favorable. Le recourant avait déjà repris une activité à 100% qui était adaptée et qui respectait les limitations, avec un rendement réduit à 50%. Il convenait dans l'avenir d'envisager une augmentation progressive du rendement car il semblait difficile de trouver une activité plus adaptée. A terme, une capacité complète devait être possible dans une telle activité. La chambre de céans constate que le rapport du Dr H _____ repose sur un examen du recourant et l'étude de son dossier médical. L'anamnèse est détaillée et les plaintes du recourant ont été prises en considération. Le rapport est en outre clair et circonstancié, expliquant notamment l'évolution de l'état de santé du recourant. Ses conclusions sont ainsi dûment motivées et convaincantes. Par rapports des 9 janvier, 4 février et 4 novembre 2015, la Dresse J _____ a diagnostiqué les mêmes atteintes et énoncé les mêmes limitations fonctionnelles que celles mentionnées par le Dr H _____. Dans une activité adaptée, la capacité de travail du recourant était totale, sans baisse de rendement. Si les rapports des 9 janvier et 4 février 2015 de la Dresse J _____ ne s'appuient pas sur l'examen du recourant, il n'en demeure pas moins que ce médecin s'est

A/68/2016 - 20/26 - fondé sur un dossier qui contenait suffisamment d'appréciations médicales basées sur un examen personnel du recourant. Par ailleurs, ses rapports sont clairs et circonstanciés et ses conclusions sont convaincantes. Reste à examiner si les pièces versées au dossier permettent de mettre en doute les conclusions de deux médecins précités.

c. S'agissant des limitations fonctionnelles, le recourant fait valoir que le Dr H _____ et la Dresse J _____ ont omis de prendre en compte la position assise prolongée, le besoin d'effectuer régulièrement une petite marche et le port de charges très légères constatés lors de son séjour à la CRR. Par ailleurs, la nécessité de pouvoir alterner la position assise-debout avait aussi été relevée par les Drs C _____ et L _____. La chambre de céans relèvera que si le service de réadaptation professionnelle de la CRR a certes noté que le recourant ne restait pas au-delà de 20 minutes dans la même position (debout ou assise), qu'il avait régulièrement besoin de faire une petite marche pour soulager sa cheville et son

pied gauches, et qu'il portait des charges de moins de 5 kg (page 2 du rapport du 8 mai 2014), force est toutefois de constater qu'il s'agit uniquement d'un descriptif du comportement que le recourant a eu pendant les ateliers professionnels, et en aucun cas de limitations que ce service aurait recommandées. Quoiqu'il en soit, on rappellera qu'il appartient au médecin, et non au conseiller en réadaptation, de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple; ATF 107 V 17 consid. 2b; SVR 2006 IV n° 10 p. 39). Enfin, on rappellera que les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral 9C_462/2009 du 2 décembre 2009 consid. 2.4). Par ailleurs, on relèvera que si le Dr C_____ a indiqué la nécessité de pouvoir alterner la position assise-debout le 24 mars 2013, son rapport du 11 novembre 2013 fait uniquement état de douleurs à la marche ou en station debout prolongée. Par ailleurs, ses appréciations des 22 février et 14 mars 2016 ainsi que celles de la Dresse L_____ du 18 avril 2016, succinctes et peu motivées, établies postérieurement à la décision litigieuse, ne sauraient suffire pour mettre en doute les conclusions des Drs H_____ et J_____ quant aux limitations fonctionnelles du recourant. d. S'agissant de sa capacité de travail résiduelle, le recourant fait valoir qu'elle est de 62,5%, avec une baisse de rendement de 20%, ce qui correspond à une incapacité de 50%. Le recourant fait également valoir que son activité exercée chez

A/68/2016 - 21/26 - son employeur est pleinement adaptée à son état de santé, de sorte que l'incapacité de travail et la baisse de rendement attestées par le Dr C_____ devraient être prises en compte. Si les Drs C_____ et L_____ sont certes d'avis que le recourant présente un tel degré de capacité de travail, force est de constater que leur appréciation ne vaut que pour l'activité que le recourant exerce chez son employeur depuis le 24 juin 2013 (rapports du Dr C_____ des 13 novembre 2014 et 14 mars 2016, rapports de la Dresse L_____ des 18 et 26 avril 2016). Par ailleurs, interrogé sur la point de savoir si l'activité exercée était adaptée à l'état du pied du recourant, le Dr C_____ a d'abord rapporté que selon son patient, l'activité était limite supportable (rapport du 13 novembre 2014). Au demeurant, la chambre de céans relèvera qu'à la question de savoir si le recourant mettait pleinement à contribution sa capacité de travail en exerçant son activité chez son employeur, le Dr C_____ n'a pas répondu, renvoyant à l'avis d'un spécialiste en médecine du travail (rapport du 22 février 2015). Par conséquent, force est de constater qu'aucune pièce versée au dossier n'est propre à mettre en doute la fiabilité des conclusions du Dr H_____ et de la Dresse J_____ concluant à une pleine capacité de travail sans baisse de rendement dans une activité adaptée. Partant, la question de savoir si l'activité exercée par le recourant est adaptée peut, en l'état, rester ouverte. En effet, même dans l'hypothèse où le travail en tant que tel correspondrait aux limitations fonctionnelles du recourant, celui-ci n'y exploite pourtant pas pleinement sa capacité de travail résiduelle dans la mesure que l'on peut attendre de lui. Il y a donc lieu de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le recourant présente une capacité de travail entière, sans baisse de rendement, dans une activité évitant la marche en terrain accidenté, la montée et descente d'échelles, les positions statiques debout prolongées et la marche prolongée. Etant donné que les pièces versées au dossier permettent de statuer en pleine connaissance de cause sur

le présent litige, la mise en œuvre d'une expertise s'avère superflue par appréciation anticipée des preuves. Aussi la conclusion subsidiaire du recourant est-elle rejetée.

E. 14

Reste à déterminer le degré d'invalidité du recourant.

E. 15

a. Selon l'art. 18 al. 1 LAA, l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide (art. 8 LPGa) à 10 % au moins par suite d'un accident. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGa). 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. Chez

A/68/2016 - 22/26 - les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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). 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). b. Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (arrêt du Tribunal fédéral 8C_543/2008 du 4 mars 2009 consid. 7). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1).

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). c. S'agissant du revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). 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). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des

différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). 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

A/68/2016 - 23/26 - 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). 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). d. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174).

E. 16

En l'occurrence, le droit à la rente d'invalidité a pris naissance le 1er janvier 2015, de sorte que la comparaison des salaires doit se faire au regard de cette année-là. S'agissant du revenu sans invalidité, il n'est pas contesté par les parties que le recourant aurait gagné CHF 93'379.- en 2014. Il y a toutefois lieu d'adapter ce montant selon l'indice suisse des salaires nominaux pour les hommes (ISS : 2220 en 2014 et 2226 en 2015), de sorte que ce revenu se serait élevé à CHF 93'631.- en 2015 ($93'379.- \times 2226 / 2220$). S'agissant du salaire avec invalidité, dans la mesure où le recourant n'exerce pas une activité lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, c'est à juste titre que l'intimée s'est basée sur les ESS. Compte tenu de l'activité de substitution raisonnablement exigible de la part du recourant dans un emploi adapté à son état de santé, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives

A/68/2016 - 24/26 - (niveau de qualification 1) dans le secteur privé et public dès lors que le recourant a exercé sa dernière activité dans le secteur public (arrêt du Tribunal fédéral 9C_409/2014 du 7 novembre 2014 consid. 8.2.1), à savoir CHF 64'380.- ($CHF 5'365.- \times 12$; ESS 2014, T1_tirage_skill_level, total). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de 40 heures, soit d'une durée hebdomadaire inférieure à la

moyenne usuelle dans les entreprises en 2015 (41.7 heures ; Office fédéral de la statistique – statistique de la durée normale du travail dans les entreprises, DNT), ce montant doit être porté à CHF 67'116.- ($64'380 \times 41.7 : 40$) puis à CHF 67'297.- une fois indexé à 2015 selon l'évolution des salaires en termes nominaux (soit $67'116 \times 2226 / 2220$). L'intimé a admis un abattement de 10% sur le salaire statistique pour tenir compte des limitations fonctionnelles du recourant. Cela étant, la chambre de céans constate qu'en 2015, année de l'ouverture du droit à la rente, le recourant était âgé de 58 ans. Certes, cet âge est en soi relativement éloigné du seuil à partir duquel la jurisprudence considère qu'une méthode d'évaluation plus concrète est nécessaire (sur la limite d'âge, cf. p. ex. arrêt du Tribunal fédéral 9C_486/2013 du 2 décembre 2013 consid. 3.2.2 non publié dans l'ATF 139 V 600). Cela constitue toutefois l'un des critères à prendre en considération lors de la détermination de l'abattement, et ce même lorsque l'assuré peut exercer des activités simples et répétitives (niveau 1 ou anciennement niveau 4), contrairement à ce qu'invoque l'intimée (voir notamment l'arrêt récent du Tribunal fédéral 8C_311/2015 du 22 janvier 2016 consid. 4.5). En outre, on relèvera que si le recourant a certes travaillé pendant 15 ans auprès de son employeur, il n'en demeure pas moins que les différentes activités exercées avant son accident (dans la construction, bagagiste, dans la restauration et la tenue d'une épicerie) démontrent un potentiel certain d'adaptation de sa part. Au vu du critère de l'âge du recourant, auquel s'ajoute celui retenu par l'intimé, la chambre de céans est d'avis qu'un abattement de 15% apparaît plus approprié. S'agissant de l'absence de formation invoquée par le recourant, 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). Quoi qu'il en soit, vu le large éventail d'activités simples et répétitives (qui correspondent à un emploi léger respectant les limitations fonctionnelles observées) que recouvre le marché du travail en général et le marché du travail équilibré en particulier, on constate qu'un nombre significatif d'entre elles, ne nécessitant aucune formation spécifique, sont adaptées aux problèmes physiques du recourant. Le recourant fait encore valoir qu'il y a lieu de se baser uniquement sur le salaire moyen ressortant du secteur des services (secteur 3).

A/68/2016 - 25/26 - Les arguments soulevés par le recourant portent en réalité sur la détermination de l'activité que l'on peut encore raisonnablement exiger de lui compte tenu de son état physique. Dans le cas d'espèce, les limitations fonctionnelles mises en évidence dans les rapports des Drs H_____ et J_____ n'apparaissent pas incompatibles avec les exigences d'une activité issue de la production. Le fait que le recourant ait préalablement travaillé dans le secteur tertiaire, ne signifie pas que seules les activités ressortant de ce secteur seraient adaptées. Par conséquent, il y a lieu de se fonder sur le salaire statistique de tout le secteur privé et public (secteurs 2 et 3), puisque les branches de la production et des services réunies recouvrent une plus large palette d'activités que la seule branche des services, permettant ainsi au recourant d'élargir ses possibilités de réinsertion sur l'ensemble du marché du travail suisse comme le lui incombe son obligation de diminuer le dommage. Ainsi, le revenu annuel brut avec invalidité, compte tenu d'un abattement de 15%, peut être fixé à CHF 57'202.- ($67'297 - 10'095$). En comparant le revenu sans invalidité (CHF 93'631.-) au revenu avec invalidité en 2015 (CHF 57'202.-), il en résulte un degré d'invalidité de 38.9% ($93'631 - 57'202 / 93'631 \times 100$), qui sera arrondi au chiffre supérieur (ATF 130 V 121 consid. 3.2), soit 39%.

E. 17

Le recourant a ainsi droit à une rente d'invalidité de 39% dès le 1er janvier 2015.

E. 18

Eu égard à ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision litigieuse sera annulée en tant qu'elle retient un degré d'invalidité de 36% et confirmée pour le surplus.

E. 19

Représenté par un mandataire, le recourant, qui obtient partiellement gain de cause, a droit à une indemnité de CHF 2'500.- à titre de dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 89 H de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

E. 20

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

A/68/2016 - 26/26 -

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.