

GE_GERICHTE ATAS/791/2011 vom 30. August 2011

GE Cour de justice, 2011-08-30, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_791_2011

FR: GE_GERICHTE ATAS/791/2011 du 30 août 2011

IT: GE_GERICHTE ATAS/791/2011 del 30 agosto 2011

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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). Dès le 1er janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le A/235/2011 - 12/23 - Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 9 octobre 2009). 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 loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune 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 345, consid. 3).

E. 3

Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56 ss LPGA), le recours est recevable.

E. 4

L'objet du litige porte sur le droit du recourant à la prise en charge de son traitement médical après le 31 mars 2010 et son droit à des indemnités journalières, ainsi que sur son taux d'invalidité. Le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité n'est en revanche pas litigieux et ne sera par conséquent pas examiné dans la présente procédure.

E. 5

L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel (art. 6 al. 1 LAA). Par 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 (ATF 119 V 335, consid. 1) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 8C_268/2008 du 16 février 2009, consid. 2.3). Les prestations de l'assurance-accidents comprennent notamment le traitement médical approprié des lésions

résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA), les moyens auxiliaires destinés à compenser un dommage corporel ou la perte d'une fonction (art. 11 al. 1 LAA), des indemnités journalières en cas d'incapacité de travail (art. 16 al. 1 LAA), ainsi qu'une rente lorsque l'assuré est invalide à au moins 10 % à la suite d'un accident (art. 18 al. 1 LAA).

E. 6

Le droit au traitement médical existe aussi longtemps qu'on peut en attendre une amélioration sensible de l'état de santé de l'assuré (art. 19 al. 1 LAA a contrario; ATF U 391/00 du 9 mai 2001, consid. 2a; ATF 116 V 41, consid. 2c). La loi ne précise pas ce qu'il faut entendre par "une sensible amélioration de l'état de

A/235/2011 - 13/23 - l'assuré". Eu égard au fait que l'assurance-accident est avant tout destinée aux personnes exerçant une activité lucrative (cf. art. 1a et 4 LAA), ce critère se déterminera notamment en fonction de la diminution ou disparition escomptée de l'incapacité de travail liée à un accident. L'ajout du terme "sensible" par le législateur tend à spécifier qu'il doit s'agir d'une amélioration significative, un progrès négligeable étant insuffisant (ATF 134 V 109, consid. 4.3). Ainsi, ni la simple possibilité qu'un traitement médical donne des résultats positifs, ni l'avancée minimale que l'on peut attendre d'une mesure thérapeutique ne confèrent à un assuré le droit de recevoir de tels soins (ATF U 244/04 du 20 mai 2005, consid. 2).

E. 7

Aux termes de l'art. 16 al. 1 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPG) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière. Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA). La notion d'incapacité de travail est la même dans toutes les branches des assurances sociales: une personne est considérée comme incapable de travailler lorsque, pour cause d'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, elle ne peut plus exercer son activité habituelle ou ne peut l'exercer que d'une manière limitée ou encore seulement avec le risque d'aggraver son état. Elle s'apprécie en principe sur la base de données médicales et en fonction de la profession exercée jusque-là par l'assuré. Toutefois, en cas d'incapacité durable dans l'ancienne profession, l'assuré est tenu, en vertu de son devoir de diminuer le dommage, d'utiliser dans un autre secteur sa capacité fonctionnelle résiduelle (FRESARD / MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoires, SBVR, 2ème éd., n. 152 p. 895).

E. 8

Selon l'art. 18 al. 1er LAA, si l'assuré est invalide (art. 8 LPG) à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité. Aux termes 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. Selon l'art. 19 al. 3 LAA, le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur la naissance du droit aux rentes lorsque l'on ne peut plus attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré, mais que la décision de l'assurance-invalidité quant à la réadaptation professionnelle intervient plus tard. Le Conseil fédéral a fait usage de cette délégation législative à l'art. 30 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA ;

RS 832.202), dont l'alinéa premier prévoit que lorsqu'on ne peut plus attendre de la continuation du traitement

A/235/2011 - 14/23 - médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré, mais que la décision de l'AI concernant la réadaptation professionnelle n'interviendra que plus tard, une rente sera provisoirement allouée dès la fin du traitement médical; cette rente est calculée sur la base de l'incapacité de gain existant à ce moment-là. Le droit s'éteint dès la naissance du droit à une indemnité journalière de l'AI (let. a); avec la décision négative de l'AI concernant la réadaptation professionnelle (let. b); avec la fixation de la rente définitive (let. c). La rente transitoire doit être fixée en fonction d'une comparaison des revenus qui prennent en considération l'activité qui peut raisonnablement être exigée de la part d'un assuré non encore réadapté, compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail (ATF 129 V 283, consid. 4.3).

E. 9

Il sied de préciser que 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 I 853/05 du 28 décembre 2006, consid. 4.1.1; ATF 126 V 288, consid. 2d). 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). 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 (ATF I 15/06 du 21 décembre 2006, consid. 2.2).

E. 10

En règle générale, lorsque l'assuré exerce une activité, il faut admettre que le gain effectivement réalisé équivaut à une prestation de travail correspondante. La jurisprudence admet cependant que des circonstances, dont la preuve de l'existence est soumise à des exigences sévères, justifient de s'écarter du revenu effectif en faveur ou en défaveur de l'assuré, qu'il s'agisse de l'évaluation du revenu avec ou sans invalidité (ATF du 20 mars 2002, I 433/01, consid. 4c; ATF du 10 décembre 2001, I 320/01, consid. 2a). S'agissant du revenu sans invalidité, lorsqu'on peut partir de l'idée que l'assuré aurait continué son activité professionnelle sans la survenance de l'atteinte à la santé, on prendra en compte le revenu qu'il obtenait dans le poste occupé jusqu'alors, adapté à l'évolution des salaires (ATF 8C_708/2007 du 21 août 2008, consid. 5.5; RAMA 2006 n° U 568 p. 66, consid. 2). Si l'on ne peut déterminer ou évaluer sûrement le revenu hypothétique sans invalidité et le revenu d'invalidité, il faut, en s'inspirant de la méthode spécifique pour non-actifs (art. 8 al. 3 LPGA; art. 28a al. 2 LAI [pour la période antérieure au 1er janvier 2008 : art. 28 al. 2bis LAI] et art. 27 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI; RS 831.201]), procéder à une comparaison des

A/235/2011 - 15/23 - activités et évaluer le degré d'invalidité d'après l'incidence de la capacité de rendement amoindrie sur la situation économique concrète (procédure extraordinaire d'évaluation). La différence fondamentale entre cette procédure et la méthode spécifique réside dans le fait que l'invalidité n'est pas évaluée directement sur la base d'une comparaison des activités; on commence par déterminer, au moyen de cette comparaison, quel est l'empêchement provoqué par la maladie ou l'infirmité, après quoi l'on apprécie séparément les effets de cet empêchement sur la capacité de gain. Une certaine diminution de la capacité de rendement fonctionnelle peut certes, dans le cas d'une personne active, entraîner une perte de gain de la même importance, mais n'a pas nécessairement cette conséquence. Si l'on voulait, dans le cas des personnes actives, se fonder exclusivement sur le résultat de la comparaison des activités, on violerait le principe légal selon lequel l'invalidité, pour cette catégorie d'assurés, doit être déterminée d'après l'incapacité de gain (ATF 128 V 29, consid. 1; ATF 104 V 135, consid. 2c). Le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, la jurisprudence considère que le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de statistiques salariales (ATF 126 V 75, consid. 3b), singulièrement à la lumière de celles figurant dans l'enquête suisse sur la structure des salaires, publiée par l'OFS (ATF 124 V 321, consid. 3b/aa). S'agissant du recours à des données statistiques, le Tribunal fédéral a précisé que lors de la détermination du revenu d'invalidité, il convient généralement de se fonder sur les salaires mensuels indiqués dans la table de l'Enquête suisse des salaires TA1, à la ligne "total secteur privé" (ATF 124 V 321, consid. 3b/aa). Toutefois, lorsque cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu parfois de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers, voire à des branches particulières. Tel est notamment le cas lorsque avant l'atteinte à la santé, l'assuré a travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre pas en ligne de compte. En outre, lorsque les circonstances du cas concret le justifient, on peut s'écarter de la table TA1 (secteur privé) pour se référer à la table TA7 (secteur privé et secteur public ensemble), si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalidité et que le secteur en question est adapté et exigible (ATF 9C_142/2009 du 20 novembre 2009, consid. 4.1; ATF 9C_237/2007 du 24 août 2007, consid. 5.1; RAMA 2000 n° U 405, consid. 3b). 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).

A/235/2011 - 16/23 -

E. 11

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., p. 294ss). Ainsi, dans le cas d'un assuré de condition indépendante, on peut exiger, pour autant que la taille et l'organisation de son entreprise le permettent, qu'il réorganise son emploi du temps au sein de celle-ci en fonction de ses aptitudes résiduelles. Il ne faut toutefois pas perdre de vue que plus la taille de l'entreprise est petite, plus il sera difficile de parvenir à un résultat significatif sur la capacité de gain. Au regard du rôle secondaire des activités administratives et de direction au sein d'une entreprise artisanale, un transfert de tâches d'exploitation proprement dites vers des tâches de gestion ne permet en principe de compenser que de manière très limitée les répercussions économiques résultant de l'atteinte à la santé (ATF 9C_580/2007 du 17 juin 2008, consid. 5.4). Aussi, lorsque l'activité exercée au sein de l'entreprise après la survenance de l'atteinte à la santé ne met pas pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle de l'assuré, celui-ci peut être tenu, en fonction des circonstances objectives et subjectives du cas concret et conformément à son obligation de diminuer le dommage, de mettre fin à son activité indépendante au profit d'une activité salariée plus lucrative (ATF 9C_236/2009 du 7 octobre 2009, consid. 4.3, ATF 8C_748/2008 du 10 juin 2009 consid. 4.2.1).

Conformément au principe de proportionnalité, applicable de manière générale en matière de prestations d'assurances sociales (ATF 122 V 377, consid. 2b/cc), l'effort à consentir par l'assuré est d'autant plus important que la diminution du dommage escomptée est substantielle (ATF U 74/01 du 10 décembre 2001, consid. 2 c). C'est le cas, par exemple, lorsque la renonciation à des mesures destinées à réduire le dommage conduirait à l'octroi d'une rente ou au reclassement dans une profession entièrement nouvelle (ATF 9C_394/2009 du 8 janvier 2010, consid. 5.2.2). Le point de savoir si une mesure peut être exigée d'un assuré doit être examiné au regard de l'ensemble des circonstances objectives et subjectives du cas concret. Par circonstances subjectives, il faut entendre en premier lieu l'importance de la capacité résiduelle de travail ainsi que les facteurs personnels tels que l'âge, la situation professionnelle concrète ou encore l'attachement au lieu de domicile. Parmi les circonstances objectives doivent notamment être pris en compte l'existence d'un marché du travail équilibré et la durée prévisible des rapports de travail (ATF 9C_393/2008 du 27 janvier 2009, consid. 3.3). A titre d'exemples, le Tribunal fédéral a considéré qu'il était exigible d'un assuré de 60 ans ayant travaillé pour l'essentiel en tant qu'ouvrier dans l'industrie textile qu'il se réinsère sur le marché du travail malgré son âge et ses limitations

A/235/2011 - 17/23 - fonctionnelles (travaux légers et moyens avec alternance des positions dans des locaux fermés) (ATF I 376/05 du 5 août 2005, consid. 4.2), de même que pour un soudeur de 60 ans avec des limitations psychiques et physiques, notamment rhumatologiques et cardiaques, qui disposait d'une capacité de travail de 70 % (ATF I 304/06 du 22 janvier 2007, consid. 4.2). Notre Haute Cour a en revanche nié la possibilité de valoriser sa capacité de travail résiduelle d'un assuré de 61 ans, sans formation professionnelle, qui n'avait aucune expérience dans les activités fines médicalement adaptées et ne disposait que d'une capacité de travail à temps partiel, soumise à d'autres limitations fonctionnelles, et qui selon les spécialistes ne présentait pas la capacité d'adaptation nécessaire (ATF I 392/02 du 23 octobre 2003, consid. 3.3), ainsi que dans le cas d'un assuré de 64 ans capable de travailler à 50 % avec de nombreuses limitations fonctionnelles (ATF I 401/01 du 4 avril 2002, consid. 4c). Le Tribunal fédéral est parvenu au même constat dans le cas d'un agriculteur de 57 ans qui ne pourrait exercer d'activité adaptée sans reconversion professionnelle et qui ne disposait subjectivement pas des capacités d'adaptation nécessaires à cette fin (ATF 9C_578/2009 du 29 décembre 2009,

consid. 4.3.2).

E. 12

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement 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, à ce motif, 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 et les références). D'après une jurisprudence constante, en présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, si sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, 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 enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 8C_780/2008 du 3 juin 2009, consid. 3.3.1). 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 celui-ci (ATF 125 V 351, consid. 3b/bb et cc). S'agissant de rapports et d'expertises réalisées par des médecins liés à l'assureur par

A/235/2011 - 18/23 - des rapports de service, la jurisprudence considère que cela ne permet pas de conclure pour ce seul motif à un manque d'objectivité ou d'impartialité de leur part (ATF 122 V 157, consid. 1c).

E. 13

En l'espèce, il convient tout d'abord de déterminer si l'état de santé du recourant est stabilisé, comme cela ressort de l'expertise du Dr P_____. L'expertise réalisée par le Dr P_____ correspond parfaitement aux réquisits jurisprudentiels rappelés ci-dessus. Elle repose en effet sur l'étude du dossier complet du recourant et contient une anamnèse. L'expert a de plus recensé les plaintes du recourant et procédé à un examen clinique complet. Ses conclusions sont en outre claires et motivées. Contrairement à ce qu'allègue le recourant, on ne saurait voir dans les termes utilisés par l'expert une quelconque ambiguïté sur le fait que l'état de santé est stabilisé. Le Dr P_____ a d'ailleurs clairement confirmé par courrier du 15 juillet 2010 la portée de ses conclusions. On ne trouve au demeurant aucun élément permettant de remettre celles-ci en cause. Si le Dr O_____ a déclaré que l'état de santé ne lui semblait pas stabilisé, il n'a nullement motivé cette affirmation, si bien qu'elle ne suffit pas à remettre en cause l'expertise. Ce médecin n'a du reste proposé aucune mesure thérapeutique susceptible d'amener une amélioration, et ce n'est pas lui qui a préconisé l'intervention chirurgicale évoquée dans son courrier du 22 mars 2010, dont on ignore la nature. Cette opération n'a d'ailleurs pas été réalisée, ce qui tend à démontrer que l'état de santé du recourant est effectivement stabilisé. Enfin, comme cela ressort clairement du courrier du Dr O_____ du 29 avril 2010, ce n'est pas ce dernier

qui recommande la mise en œuvre d'une nouvelle expertise mais le recourant. Dès lors qu'il n'existe aucun indice permettant de conclure à la partialité du Dr P _____, l'argument du recourant, qui allègue que ce praticien exerce une part importante de son activité pour le compte de compagnies d'assurance, ne suffit pas à remettre en cause ses conclusions au regard de la jurisprudence citée. Il n'y a donc pas lieu de s'écarter de l'appréciation du Dr P _____ selon laquelle l'état de santé du recourant était stabilisé au moment de l'expertise. Partant, c'est à bon droit que l'intimée a mis fin au paiement des indemnités journalières au 28 février 2010.

E. 14

Il sied d'examiner le degré d'invalidité du recourant dès le 1er mars 2010. A cet égard, on soulignera que le Dr P _____ a admis une capacité de travail totale dans une activité adaptée, et qu'il n'existe aucun élément permettant de mettre en doute cette appréciation. Le Dr O _____ ne s'est en effet pas formellement prononcé sur ce point. Si le Dr N _____ exclut toute autre activité dans son avis du 9 mars 2010, ce n'est pas pour des raisons médicales mais parce que le recourant ne dispose pas d'autre formation, ce qui n'est pas un critère pertinent en l'espèce. On relèvera par ailleurs que le recourant n'a pas contesté disposer d'une capacité de travail totale dans une activité administrative.

A/235/2011 - 19/23 - L'intimée n'a pas procédé à une enquête économique démontrant le taux d'invalidité en admettant que le recourant continue à travailler dans son salon, et on ne dispose pas d'une évaluation précise de l'incapacité dans l'activité de coiffure. En effet, le Dr P _____ a fait état d'une diminution du rendement global de 50 %, tout en soulignant qu'il s'agissait d'une estimation qu'il convenait de corriger en tenant compte des mesures de réorganisation exigibles devant être déterminées par enquête. On peut cependant se référer à cet égard aux taux retenus par l'OAI dans son enquête économique, et admettre une incapacité totale dans l'activité de coiffeur, représentant 60 % du temps de travail du recourant. Le temps consacré à la coiffure selon l'enquête de l'OAI correspond d'ailleurs aux chiffres avancés par le recourant lui-même, qui allègue que l'augmentation totale de 60 % du temps de travail de trois de ses collaborateurs est destinée à pallier son incapacité à coiffer ses clients. On notera cependant que le calcul du degré d'invalidité selon la méthode extraordinaire par l'OAI - de 53 % ou de 29 % en admettant que le recourant puisse augmenter le temps consacré à ses tâches de direction - semble erroné: la comparaison entre un revenu sans invalidité de 58'805 fr. et un revenu avec invalidité de 30'874 fr. conduit à un taux de 47.49 % d'invalidité et non de 53 %. Cette différence n'a cependant pas d'incidence dans le présent litige, de sorte qu'il n'y a pas lieu de se pencher plus avant sur les calculs de l'OAI. En effet, dans une activité adaptée, n'impliquant pas d'efforts répétitifs du membre supérieur gauche, le recourant dispose d'une capacité de travail totale. Partant, l'intimée a retenu à titre de revenu d'invalidé le salaire statistique pour un homme affecté à des tâches simples et répétitives dans le secteur des services (tableau 7), ligne 26 (achat et vente de produits de base et d'équipement). Cependant, rien ne justifie en l'espèce que l'on s'écarte du revenu moyen dans toutes les activités (ligne Total du TA1), les conditions fixées par le Tribunal fédéral n'étant pas remplies. En effet, il n'est pas établi que le recourant ait par le passé travaillé dans ce secteur en particulier, ou que cela soit le seul domaine où il dispose d'une capacité résiduelle de travail. Il convient dès lors de revoir le calcul du degré d'invalidité en retenant à titre de revenu d'invalidé le salaire qu'un homme peut retirer dans des activités simples et répétitives toutes activités confondues. Il s'agit de 4'806 fr. en 2008 pour 40 heures de travail. Il y a lieu de tenir

compte de l'indexation jusqu'en 2010, année du début du droit à une éventuelle rente de l'assurance-accidents, et de la durée hebdomadaire moyenne de travail de 41.6 heures en 2010, ce qui conduit à un revenu annuel de 61'667 fr. ou 52'417 fr. après abattement de 15 %, compte tenu de l'âge du recourant. Le revenu sans atteinte à la santé aurait été en 2010 de 54'000 fr. La comparaison des revenus donne ainsi un taux d'invalidité de 2.9 %, insuffisant pour ouvrir un droit à la rente. Le recourant fait grief à l'intimée de ne pas avoir procédé à l'évaluation de l'invalidité par la méthode extraordinaire. Si l'on ne peut déterminer ou évaluer sûrement le revenu hypothétique sans invalidité et le revenu d'invalidité, il faut, en s'inspirant de la méthode spécifique pour non-actifs (art. 8 al. 3 LPGA et art. 27 du

A/235/2011 - 20/23 - règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI; RS 831.201]), procéder à une comparaison des activités et évaluer le degré d'invalidité d'après l'incidence de la capacité de rendement amoindrie sur la situation économique concrète (procédure extraordinaire d'évaluation). La différence fondamentale entre cette procédure et la méthode spécifique réside dans le fait que l'invalidité n'est pas évaluée directement sur la base d'une comparaison des activités; on commence par déterminer, au moyen de cette comparaison, quel est l'empêchement provoqué par la maladie ou l'infirmité, après quoi l'on apprécie séparément les effets de cet empêchement sur la capacité de gain. Une certaine diminution de la capacité de rendement fonctionnelle peut certes, dans le cas d'une personne active, entraîner une perte de gain de la même importance, mais n'a pas nécessairement cette conséquence. Si l'on voulait, dans le cas des personnes actives, se fonder exclusivement sur le résultat de la comparaison des activités, on violerait le principe légal selon lequel l'invalidité, pour cette catégorie d'assurés, doit être déterminée d'après l'incapacité de gain (ATF 104 V 135, consid. 2c). Le fait d'exercer une activité indépendante ne justifie cependant pas que l'on recoure systématiquement à la méthode extraordinaire d'évaluation des revenus (par exemple ATF U 323/04 du 30 août 2005, consid. 5.1). En effet, cette méthode s'applique lorsque les revenus ne peuvent être établis avec suffisamment de précision, par exemple parce qu'ils se confondent avec les revenus de l'exploitation qui dépendent de nombreux paramètres difficiles à apprécier, tels que la situation conjoncturelle, la concurrence, l'aide ponctuelle de membres de la famille, des personnes intéressées dans l'entreprise ou des collaborateurs. Généralement, les documents comptables ne permettent pas, en pareils cas, de distinguer la part du revenu qu'il faut attribuer à ces facteurs - étrangers à l'invalidité - et celle qui revient à la propre prestation de travail de l'assuré (ATF 9C_580/2007 du 17 juin 2008, consid. 4.2). Tel n'est cependant pas le cas en l'espèce, puisque le recourant est salarié de sa propre entreprise, et qu'il s'est versé avant son atteinte à la santé une rémunération qui n'a pas varié en fonction des bénéfices de l'entreprise. De plus, le système de l'assurance-invalidité ne connaît pas de règle selon laquelle l'assuré aurait le droit de se voir appliquer la méthode qui serait la plus favorable à son égard (« Meistbegünstigungsklausel ») (ATF 9C_790/2010 du 8 juillet 2011, consid. 5.5.1). Cela vaut également dans le domaine de l'assurance-accidents. C'est ainsi à bon escient que l'intimée a procédé à l'évaluation de l'invalidité selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus.

E. 15

Dans un autre moyen, le recourant allègue qu'on ne saurait exiger de lui qu'il abandonne son entreprise pour une activité lucrative adaptée, puisqu'il ne dispose d'aucune autre formation que celle de coiffeur et ne trouverait pas d'emploi. Comme cela découle du calcul du taux

d'invalidité et de l'enquête économique de l'OAI, l'exercice d'une activité adaptée conduirait à une diminution substantielle du dommage, de sorte qu'on peut l'exiger du recourant. Conformément à la jurisprudence citée, l'exigibilité d'une activité adaptée a de plus été admise pour des

A/235/2011 - 21/23 - assurés sensiblement plus âgés que le recourant. Enfin, l'existence chez le recourant de circonstances subjectives - telles qu'un manque de ressources adaptatives rendant illusoire une réadaptation - n'est pas démontrée. Quant aux difficultés liées au marché du travail, il faut rappeler qu'elles ne sont pas pertinentes en matière d'assurance-invalidité: dans ce domaine, la capacité de gain d'un assuré est examinée en fonction d'un marché du travail équilibré (cf. art. 7 et 16 LPGA), soit en supposant de manière abstraite qu'il existe sur ce marché du travail une offre suffisante quant à l'activité ou aux activités que l'assuré est à même d'exercer malgré son atteinte à la santé (ATF 9C_346/2007 du 23 janvier 2008, consid. 6.3).

E. 16

S'agissant de la demande d'audition d'un collaborateur de l'OFS afin d'exposer les modalités de calcul des revenus statistiques, la Cour de céans observe ceci. La méthodologie de l'enquête sur la structure des salaires est exposée en préambule à la page 9 de la publication "Enquête suisse sur la structure des salaires 2008, Principaux résultats" dont les chiffres ont été appliqués dans le cas d'espèce. Le protocole détaille que les entreprises dont les données sont recueillies sont tirées au sort dans le Registre des entreprises et des établissements, et que ne sont pas pris en compte les salaires des personnes en apprentissage, des stagiaires, des travailleurs à domicile, des personnes rémunérées à la commission ou celles actives principalement à l'étranger. S'agissant de l'échantillonnage, l'OFS précise en outre que quelque 44'600 entreprises privées et publiques, soit au total 1.7 millions de salaires, ont été saisis et exploités. Dans la mesure où le protocole de récolte et de traitement des données est expliqué dans l'ESS, on ne voit guère quelles autres précisions pourrait amener l'audition d'un collaborateur de l'OFS. Si le recourant souligne que les rémunérations prévues par la convention collective de travail dans la coiffure sont inférieures au salaire statistique moyen établi par l'ESS, il ne s'agit pas d'un indice permettant de remettre en cause la pertinence de cette enquête, puisqu'une moyenne résulte par définition de l'addition et de la division de données tant supérieures qu'inférieures. Par ailleurs, les données salariales ressortant de l'ESS sont officielles et neutres (ATF I 194/06 du 28 septembre 2006, consid. 2.2). De plus, le recours aux chiffres de l'ESS est un principe consacré par le Tribunal fédéral dans une très abondante jurisprudence, que rien ne permet de remettre en cause en l'espèce. Si le recourant 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 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; voir également Ueli KIESER, ATSG-Kommentar: Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, 2ème éd.,

A/235/2011 - 22/23 - Zurich 2009, n. 72 ad art. 61). Compte tenu de ce qui précède, la Cour de céans ne procédera pas à l'audition d'un collaborateur de l'OFS, qui s'avère superflue.

E. 17

Eu égard aux considérants qui précède, le recours est rejeté. Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGa). Pour le surplus, la procédure est gratuite.

A/235/2011 - 23/23 -

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.