

# **GE\_GERICHTE ATAS/807/2016 vom 12. Oktober 2016**

GE Cour de justice, 2016-10-12, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_807\\_2016](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_807_2016)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/807/2016 du 12 octobre 2016

IT: GE\_GERICHTE ATAS/807/2016 del 12 ottobre 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**

À 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. 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 et art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA-GE - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA et 89B LPA.

### **E. 4**

L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente 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 attaquée. 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 (ATF 131 V 164 consid. 2.1; ATF 125 V 413 consid. 1b et 2 et les références citées). 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 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). 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). En l'espèce, dans ses décisions – qui déterminent l'objet de la contestation –, l'intimée a procédé au calcul de la rente d'invalidité allouée au recourant dès le

A/3480/2015 - 11/19 - 1er avril 2015. Même si la décision sur opposition du 3 septembre 2014 avait également pour objet l'exigibilité dans une activité respectant les limitations fonctionnelles et que dans son arrêt du 17 juin 2015, la chambre de céans a confirmé que la capacité de travail du recourant était exigible à 100% dans une activité adaptée, cette question n'est pas entrée en force de chose jugée. En effet, la capacité de travail résiduelle en tant que telle ne constitue que l'un des facteurs de l'évaluation de l'invalidité (cf. art. 6 à 8 et 16 LPGA) et l'un des aspects du rapport juridique litigieux qui font partie de la motivation de la décision (ATF 136 V 362 consid. 3.4.3). Par conséquent, en tant qu'élément de la motivation de la décision, la capacité (ou l'incapacité) de travail ne peut en principe être considérée comme décidée et entrée en force de chose jugée – n'étant alors plus susceptible d'être soumise à l'examen du juge – que lorsqu'il a été statué de manière définitive (par une décision entrée en force de chose jugée) sur le rapport juridique litigieux (le droit à la rente d'invalidité) dans son ensemble (cf. ATF 125 V 413 consid. 2b; arrêts du Tribunal fédéral 9C\_488/2008 consid. 4, in SVR 2009 IV n° 7 p. 13 et 9C\_99/2012 du 24 septembre 2012 consid. 3.1). Tel n'est pas le cas en l'occurrence, puisque la question du droit à la rente d'invalidité fait précisément l'objet de la présente procédure. En revanche, les griefs du recourant concernant l'atteinte à l'intégrité excèdent l'objet du litige dès lors que la décision litigieuse ne traite pas cette question. Même si l'indemnité pour atteinte à l'intégrité n'a pas fait l'objet d'une décision définitive - l'arrêt du 17 juin 2015 ayant renvoyé la cause à l'intimée pour instruction complémentaire -, il n'existe aucune raison d'étendre la présente procédure judiciaire à cette question dès lors que le recourant n'invoque pas un motif de reconsidération ou de révision dudit arrêt. Par conséquent, est seul litigieux le degré d'invalidité du recourant, plus particulièrement sa capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée, son revenu sans invalidité et son revenu d'invalidé.

## **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. En vertu de l'art. 18 al. 1 LAA, l'assuré invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite d'un accident a droit à une rente d'invalidité. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 18 al. 1 LAA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale 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).

A/3480/2015 - 12/19 - Selon l'art. 15 LAA, les indemnités journalières et les rentes sont calculées d'après le gain assuré (al. 1); est déterminant pour le calcul des rentes le salaire que l'assuré a gagné durant l'année qui a précédé l'accident (al. 2, deuxième phrase). Sous

réserve de diverses dérogations qui ne concernent pas le présent cas, est réputé gain assuré le salaire déterminant au sens de la législation sur l'assurance-vieillesse et survivants (art. 22 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 [OLAA - RS 832.202]). La rente d'invalidité s'élève à 80% du gain assuré (art. 20 al. 1 LAA). Le législateur a chargé le Conseil fédéral d'édicter des prescriptions sur le gain assuré pris en considération dans des cas spéciaux, soit notamment lorsque l'assuré est occupé de manière irrégulière (art. 15 al. 3 let. d LAA). Faisant usage de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a prévu à l'art. 22 al. 4 OLAA que les rentes sont calculées sur la base du salaire que l'assuré a reçu d'un ou plusieurs employeurs durant l'année qui a précédé l'accident, y compris les éléments de salaire non encore perçus et auxquels il a droit (1ère phrase); si les rapports de travail ont duré moins d'une année, le salaire reçu au cours de cette période est converti en gain annuel (2ème phrase); en cas d'activité de durée déterminée, la conversion se limite à la durée prévue (3ème phrase).

## **E. 6**

a) La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). b) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière

A/3480/2015 - 13/19 - d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

## E. 7

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. 8

Dans un premier grief, le recourant conteste la capacité résiduelle de travail retenue par le Dr H\_\_\_\_\_ dans son rapport du 19 juin 2014 au motif qu'il ne s'est pas fondé sur des examens et un dossier complets, n'a pas mentionné exhaustivement ses plaintes, n'a pas posé de diagnostics précis et n'a pas motivé ses conclusions par référence aux autres avis médicaux. Il en déduit que son rapport d'examen final ne remplit pas les critères permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante et que sa capacité de travail résiduelle a été mal chiffrée. Il allègue encore que sa situation médicale s'est fortement péjorée depuis ledit rapport et que l'intimée aurait dû attendre la mise en œuvre de l'instruction médicale complémentaire ordonnée par la chambre de céans avant de statuer. Ainsi que la chambre de céans l'a déjà jugé dans son arrêt du 17 juin 2015, le rapport du Dr H\_\_\_\_\_ repose sur l'examen du recourant, tient compte de ses plaintes ainsi que du dossier médical et contient une motivation tant de la capacité de travail résiduelle que de la stabilisation de son état de santé en se référant aux limitations fonctionnelles retenues dans le rapport du Dr E\_\_\_\_\_ du 4 mars 2014, respectivement aux résultats des examens et compléments radiologiques entrepris lors du séjour du recourant à la CRR du 4 au 26 février 2014. De plus, aucun rapport médical ne contredit son évaluation qui ne comporte pas de contradiction,

A/3480/2015 - 14/19 - de sorte que le rapport du Dr H\_\_\_\_\_ du 19 juin 2014 remplit les conditions formelles et matérielles permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. Étant donné que le recourant ne produit aucun rapport médical faisant état d'une aggravation de son état de santé en lien avec l'accident du 22 octobre 2012, il ne rend pas plausible l'aggravation alléguée. La chambre de céans rappelle qu'elle a renvoyé le dossier à l'intimée pour procéder à une instruction complémentaire uniquement dans le but d'évaluer l'atteinte à l'intégrité du recourant compte tenu de ses atteintes multiples, notamment des fractures vertébrales consolidées sans séquelles et non pas pour déterminer une nouvelle fois ses limitations fonctionnelles et sa capacité résiduelle de travail. Aussi, ce renvoi n'a aucune incidence sur la valeur probante dudit rapport du Dr H\_\_\_\_\_ quant à la capacité résiduelle du recourant et ses limitations fonctionnelles. Par conséquent, l'intimée n'avait pas à attendre la mise en œuvre de l'expertise externe auprès d'un orthopédiste pour statuer sur son degré d'invalidité. En définitive, ainsi que le retiennent de façon concordante les médecins de la CRR et le Dr H\_\_\_\_\_, les limitations fonctionnelles du recourant sont les suivantes : absence de port de charges autres que légères au-dessus du niveau de l'épaule avec le membre supérieur gauche, port de charges maximales de 10 kilos, favoriser l'alternance des positions assises et debout, éviter le maintien prolongé du tronc en porte-à-faux (à genoux, debout ou assis), les flexions/torsions répétées du tronc et l'exposition prolongée du corps entier aux vibrations. À relever que dans son rapport du 19

juin 2014, le Dr I\_\_\_\_\_ ne mentionne pas au titre des limitations fonctionnelles la nécessité d'éviter l'exposition prolongée du corps entier aux vibrations. Toutefois, cette différence par rapport aux limitations fonctionnelles retenues par le Dr E\_\_\_\_\_ n'a pas d'incidence puisque les autres limitations mentionnées excluent de toute façon l'exercice d'une activité soumise à une exposition prolongée du corps entier aux vibrations. S'agissant de la capacité résiduelle de travail du recourant dans une activité adaptée respectant lesdites limitations fonctionnelles, tant le Dr D\_\_\_\_\_ dans son rapport du 19 février 2014 que le Dr H\_\_\_\_\_ concluent de façon unanime à une capacité de travail entière, de sorte qu'il y a lieu de procéder au calcul du degré d'invalidité du recourant en fonction d'une telle capacité de travail.

## **E. 9**

Chez 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). 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 130 V 343 consid. 3.4; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b).

A/3480/2015 - 15/19 - 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). 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. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. C'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence). Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'assuré. Il correspond au revenu effectivement réalisé par l'intéressé pour autant que les rapports de travail apparaissent particulièrement stables, qu'en exerçant l'activité en question celui-ci mette pleinement en valeur sa capacité résiduelle de travail raisonnablement exigible et encore que le gain ainsi obtenu corresponde à son rendement effectif, sans comporter d'éléments de salaire social. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible -, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS ou sur les données salariales résultant des DPT établies par la CNA (ATF 135 V 297 consid. 5.2; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1). La détermination du revenu d'invalide sur la base des DPT suppose, en sus de la production d'au moins cinq DPT, la communication du nombre total des postes de travail pouvant entrer en considération d'après le type de handicap, ainsi que du salaire le plus haut, du salaire le plus bas, et du salaire moyen du groupe auquel il est fait référence. Lorsque le revenu d'invalide est déterminé sur la base des DPT, une réduction de salaire, eu égard au système même des

DPT, n'est ni justifié ni admissible (ATF 129 V 472). Les éventuelles objections de l'assuré sur le choix et sur la représentativité des DPT dans un cas concret doivent être soulevées, en principe, durant la procédure d'opposition (ATF 129 V 472 consid. 4.2.2).

#### **E. 10**

S'agissant du revenu sans invalidité, l'intimée l'a fixé à CHF 69'925.-. Elle a pris en compte un gain horaire en 2015 de CHF 30.27, un nombre d'heures de travail mensuel de 177h70 à raison de 12 mois et 8,33% à titre de treizième salaire. Le recourant conteste le calcul de son revenu sans invalidité. Il allègue que depuis le 15 octobre 2012, il a perçu un salaire horaire brut de CHF 30.20 et a travaillé 45 heures par semaine, ce qui représente un revenu annuel brut de CHF 70'668.-, treizième salaire compris.

A/3480/2015 - 16/19 - La prise en compte d'un treizième salaire n'est pas contestée par les parties. En revanche, elles s'opposent quant au montant du salaire horaire et à la durée hebdomadaire de travail. La déclaration de sinistre par l'employeur, le 23 octobre 2012, mentionne un salaire horaire de CHF 30.- et un horaire de travail hebdomadaire de 40 heures. Le 9 mars 2015, l'employeur a indiqué un salaire horaire de CHF 30.27 en 2015. La fiche d'engagement du 15 octobre 2012 fait état d'un salaire horaire de base de CHF 30.- et d'une soumission des conditions de travail à la CTT de la profession, soit en l'occurrence celle du second œuvre romand (CTT-SOR 2011; <https://www.ge.ch/cct/EnVigueur/dati/cct/doc/85046.htm>). Selon l'art. 17 al. 2 CTT-SOR 2011, le salaire « mensuel-constant » est payé sur la base du salaire horaire multiplié par 177,7 heures par mois. Par ce mode de calcul, les droits aux vacances et aux jours fériés sont directement compris dans le salaire « mensuel- constant ». S'y ajoute le 13e salaire. Par conséquent, en prenant en considération un salaire horaire de CHF 30.27 conformément aux indications de l'employeur multiplié par 177,7 heures par mois, soit CHF 64'547.75 (30.27 x 177,7 x 12), plus un treizième salaire (8.33%), soit CHF 69'924.70 (64'547.75 x 8.33), l'intimée a correctement calculé le revenu sans invalidité. La durée hebdomadaire de travail de 45 heures alléguée par le recourant n'est pas établie au degré de la vraisemblance prépondérante. En effet, ce dernier ne produit aucun document infirmant la durée de travail hebdomadaire de 40 heures mentionnée tant dans la déclaration de sinistre du 23 octobre 2012 que dans l'attestation de salaire horaire de l'employeur du 4 avril 2014.

#### **E. 11**

S'agissant du revenu d'invalidité, l'intimée l'a évalué sur la base de cinq DPT, quatre dans le canton de Vaud et une à Genève, mentionnant le nombre de postes disponibles ainsi que les salaires minimum, maximum et moyen. Elle en a déduit un salaire moyen de CHF 56'910.40. Le recourant conteste que les cinq DPT sélectionnées satisfassent à ses limitations fonctionnelles. La jurisprudence de l'ATF 129 V 472 consid. 4.2.2, développée en rapport avec la violation du droit d'être entendu (art. 29 Cst.) et de l'égalité des armes (art. 6 par 1 CEDH), a fixé les conditions auxquelles devait être soumise la prise en compte des DPT pour calculer le revenu d'invalidité. Le Tribunal fédéral a précisé que l'assuré devait avoir la possibilité de se déterminer sur les DPT permettant d'établir le revenu dans un cas d'espèce. Pour ce faire, le Tribunal fédéral a mentionné que les critiques de l'assuré à l'encontre des DPT devaient être faites en règle générale dans son opposition à la décision de l'assureur-accidents, de façon à ce que celui-ci puisse se déterminer dans la décision sur opposition. Cette manière de faire impose donc à l'assureur-accidents de donner tous les informations et les détails sur les DPT dans la décision initiale (cf. arrêt du Tribunal fédéral

8C\_408/2014 du 23 mars 2015 consid. 6.3).

A/3480/2015 - 17/19 - Tel n'a pas été le cas en l'espèce, puisque la façon dont le revenu d'invalidité a été fixé a été expliquée pour la première fois dans la décision du 8 septembre 2015 qui n'énumère et ne décrit toutefois pas les DPT ayant servi de base de calcul, mais précise uniquement que les DPT ont été versées au dossier. Par conséquent, ce n'est qu'après avoir demandé à consulter le dossier le 10 novembre 2015, soit deux jours avant de compléter son recours, que le recourant a eu connaissance des DPT. Or, selon la jurisprudence, lorsque la SUVA n'est pas en mesure de satisfaire aux exigences ci-dessus, elle ne peut pas trancher le litige en se basant sur la comparaison des revenus ressortant des DPT. Elle doit déterminer l'invalidité en fonction des salaires statistiques de l'ESS (ATF 129 V 472 consid. 4.2.2 in fine). Par conséquent, il y a lieu d'établir le revenu d'invalidité du recourant en 2015 selon les ESS.

## **E. 12**

Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne «total secteur privé» (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). 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 valeur statistique - médiane - s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C\_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C\_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3). 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 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

A/3480/2015 - 18/19 - 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). En l'espèce, compte tenu de l'activité de substitution dans un emploi adapté, à savoir principalement un travail léger, favorisant l'alternance des positions, évitant le maintien prolongé du tronc en porte-à-faux, évitant les flexions/torsions répétées du tronc et

l'exposition prolongée du corps entier aux vibrations, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (ESS 2014, TA1\_tirage\_skill\_level, niveau de qualification 1). Il s'élève en 2014 à CHF 63'744.- (5'312.- x 12) part au treizième salaire comprise. Une fois indexé à 2015 selon l'évolution des salaires nominaux pour les hommes (+0.3%), il est de CHF 63'935.25 (63'744.- + 191.25). S'agissant de l'abattement, l'OAI l'a évalué à 15% dans son projet de rente du

#### **E. 14**

Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision de l'intimée du 8 septembre 2015 annulée au sens des considérants. Le recourant étant représenté par un avocat et obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/3480/2015 - 19/19 - 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.