

GE_GERICHTE ATAS/832/2022 vom 20. September 2022

GE Cour de justice, 2022-09-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_832_2022

FR: GE_GERICHTE ATAS/832/2022 du 20 septembre 2022

IT: GE_GERICHTE ATAS/832/2022 del 20 settembre 2022

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), 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.

E. 3

Le 1er janvier 2021, est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA.

E. 3.1

Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

E. 3.2

Déposé après le 1er janvier 2021, le recours sera donc traité sous l'angle du nouveau droit de la LPGA (cf. ATAS/360/2021 du 15 avril 2021 consid. 3).

E. 4

Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

A/2860/2021 - 9/18 -

E. 5

Le litige porte sur la question de la stabilisation du cas au mois de novembre 2020 et, en cas de réponse positive à celle-ci, sur le droit de l'assuré à une rente d'invalidité de la SUVA.

E. 5.1

Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré 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).

E. 5.2

En vertu de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. L'assuré dispose de ce droit au traitement médical aussi longtemps que la poursuite de celui-ci laisse espérer une amélioration notable de l'état de santé (ATF 116 V 44 consid. 2c; A. MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2e éd., Berne 1989, p. 274).

E. 5.3

En vertu 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'AI ont été menées à terme. La question de l'amélioration se juge à l'aune de l'augmentation attendue ou du rétablissement de la capacité de travail (ATF 134 V 109, cons. 4.3). Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente. Le droit à des prestations suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate. 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 125 V 456 consid. 5a et les références).

E. 5.4

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. 5.5

L'exigence afférente au rapport de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement dommageable de caractère 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 suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1).

E. 5.6

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

A/2860/2021 - 10/18 - 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; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références).

E. 5.7

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 habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références).

E. 5.8

En cas d'atteinte à la santé psychique, les règles applicables en matière de causalité adéquate sont différentes selon qu'il s'agit d'un événement accidentel ayant entraîné une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique (ATF 115 V 133 consid. 6; ATF 115 V 403 consid. 5) ou d'un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale et d'un traumatisme cranio-cérébral sans preuve d'un déficit organique objectivable (ATF 134 V 109 consid. 7 à 9; ATF 117 V 369 consid. 4b; ATF 117 V 359 consid. 6a; SVR 1995 UV n° 23 p. 67 consid. 2; sur l'ensemble de la question: cf. ATF 127 V 102 consid. 5b/bb).

E. 5.9

En présence de troubles psychiques consécutifs à un accident, la jurisprudence a dégagé des critères objectifs qui permettent de juger du caractère adéquat du lien de causalité. Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement: les accidents insignifiants ou de peu de gravité, les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants (cf. ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 p. 407; 115 V 133 consid. 6c/aa p. 140; 403 consid. 5c/aa p. 409) : - les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident; - la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques; - la durée anormalement longue du traitement médical; - les douleurs physiques persistantes; - les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident; - les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes; - le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

A/2860/2021 - 11/18 -

E. 5.10

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 précité p. 408; 115 V 133 précité consid. 6c/bb p. 140). De manière générale, lorsque l'on se trouve en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut un cumul de trois critères sur les sept, ou au moins que l'un des critères retenus se soit manifesté de manière particulièrement marquante (arrêt 8C_663/2019 du 9 juin 2020 consid. 3.2 et les références). Par ailleurs, un seul critère peut être suffisant pour admettre l'existence d'une relation de causalité adéquate lorsque l'accident considéré apparaît comme l'un des plus graves de la catégorie intermédiaire, à la limite de la catégorie des accidents

graves (ATF 115 V 133 consid. 6c/bb précité p. 140 s.).

E. 5.11

Dans la mesure où le caractère naturel et le caractère adéquat du lien de causalité doivent être remplis cumulativement pour octroyer des prestations d'assurance-accidents, la jurisprudence admet de laisser ouverte la question du rapport de causalité naturelle dans les cas où ce lien de causalité ne peut de toute façon pas être qualifié d'adéquat (ATF 135 V 465 consid. 5.1 p. 472).

E. 5.12

En vertu de l'art. 18 al. 1 LAA, l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il devient invalide à 10% au moins par suite d'un accident. Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'art. 7 al. 1 LPGA dispose qu'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 sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Selon l'alinéa 2 de cette disposition, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable. En vertu de l'art. 16 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.

E. 5.13

Pour déterminer le revenu sans invalidité, il convient d'établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas devenu invalide. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Partant de la présomption que l'assuré aurait continué d'exercer son activité sans la survenance de son invalidité, ce revenu se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en prenant en compte également l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 135 V 297 consid. 5.1; 134 V 322 consid. 4.1; 129 V 222 consid. 4.3.1). Pour établir le salaire réalisé en dernier lieu et son évolution subséquente, on se fondera en premier lieu sur les renseignements fournis par l'employeur (arrêt 8C_443/2018 du 30 janvier 2019 consid. 2.1; Thomas FLÜCKIGER, Basler Kommentar UVG, 2019, n° 21 ad art. 18 LAA).

A/2860/2021 - 12/18 -

E. 5.14

La jurisprudence n'exige pas que le revenu sans invalidité dépasse le minimum prévu par une convention collective de travail. Il suffit qu'il ne soit pas inférieur au salaire moyen tel que l'entend la jurisprudence en matière de parallélisation des revenus à comparer (cf. arrêts du Tribunal fédéral 8C_721/2017 du 26 septembre 2018 consid. 3.4.2; 8C_537/2016, du 11 avril 2017, consid. 5).

E. 5.15

Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'assuré. 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'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS. Aux fins de déterminer le revenu d'invalidé, les salaires fixés sur la base des données statistiques de l'ESS peuvent à certaines conditions faire l'objet d'un abattement de 25% au plus (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3; 126 V 75 consid. 5b/aa- cc).

E. 5.16

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. À 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 d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b).

E. 5.17

Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un A/2860/2021 - 13/18 - jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

E. 5.18

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des

médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

E. 6

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. 7

En l'espèce, l'intimée considère que le cas est stabilisé depuis le mois de novembre 2020. Il ressort des documents médicaux au dossier, en particulier les avis médicaux du Dr C _____ et du Dr B _____ que le recourant est incapable depuis son accident de reprendre son activité précédente en raison de son atteinte à la jambe. En revanche, les médecins considèrent que malgré cette atteinte, le recourant est apte à travailler dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, la capacité de travail étant jugée entière, avec une aptitude à la réadaptation, dès le 16 septembre 2020 selon le Dr B _____ et dès novembre 2020 selon le Dr C _____. Il n'est en outre pas critiquable de constater une stabilisation de l'état de santé de l'assuré, en novembre 2020 au plus tard, sans tenir compte de l'intervention chirurgicale qu'il a subie le 23 mars 2021, dans la mesure où cette intervention visait uniquement à retirer le matériel d'ostéosynthèse comme l'a indiqué le Dr F _____ qui a procédé à l'intervention. Elle n'avait pas de but curatif, quand

A/2860/2021 - 14/18 - bien même elle a eu pour effet de diminuer les douleurs ressenties par le recourant. Le fait que le chirurgien ait envisagé une éventuelle arthrolyse sous arthroscopie, puis l'ait écartée, ne vient pas contredire l'opinion exprimée par les autres médecins selon laquelle l'assuré était durablement incapable de reprendre son ancienne activité en raison de son atteinte à la jambe, mais néanmoins capable de travailler dans le respect de certaines limitations, dans une activité adaptée. Un traitement physiothérapeutique a certes été préconisé à la suite de l'intervention visant à l'ablation du matériel le 23 mars 2021, et a été pris en charge par l'intimée, mais ce suivi post opératoire qui visait à améliorer la mobilité de l'assuré ne peut pas être considéré comme visant une amélioration notable de l'état du membre inférieur de l'assuré. Sur le plan somatique, il n'y a pas de motif de remettre en cause le point de vue du Dr C _____, motivé et convaincant, selon lequel l'état de santé de l'assuré pouvait être qualifié de stable dès novembre 2020, la capacité de travail, sur le plan somatique, de 100% dans une activité adaptée n'étant au demeurant pas valablement contestée par un médecin dans ce dossier. Quant à l'atteinte psychique dont le recourant se plaint, l'on rappellera que selon le Tribunal fédéral, en présence de troubles psychiques consécutifs à un accident qui a également provoqué un trouble somatique, la causalité adéquate entre les troubles persistants et l'accident assuré peut être examinée dès le moment où il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé somatique de l'assuré (cf.

ATF 134 V 109 consid. 6.1, p. 116). Eu égard à ce qui précède, dans la mesure où les séquelles somatiques consécutives à l'accident du 21 juin 2019 ont nécessité deux interventions chirurgicales les 21 juin et 8 juillet 2019. Les médecins de la CCR, en septembre 2020, et le Dr C _____, ont retenu une incapacité de travail dans l'ancienne activité, mais une capacité entière dans une activité adaptée. La causalité adéquate entre les séquelles psychiques alléguées et l'accident devait être examinée à partir de cette date-là. Le dossier ne révèle pas que le diagnostic de syndrome de stress post-traumatique sur lequel s'est greffé un épisode dépressif majeur d'intensité moyenne dans un contexte de précarité socio-financière évoqué par le Dr H _____ est en lien de causalité avec l'accident, étant rappelé que le recourant n'a consulté ce psychiatre que le 30 avril 2021. Le recourant n'était pas suivi par un psychiatre au préalable et avait vu son psychothérapeute pour la dernière fois au printemps 2020. Cela étant, la nature précise des troubles psychiques du recourant n'apparaît pas déterminante, dans la mesure où l'examen de la causalité adéquate fondée en l'espèce sur les critères applicables en cas de troubles psychiques consécutifs à un accident ne parvient pas à établir un tel lien. En effet, les critères développés par la jurisprudence ne sont pas remplis. L'accident survenu sur la voie publique n'a pas connu de circonstances particulièrement dramatiques ni eu un caractère particulièrement impressionnant ; les lésions ne sont pas d'une gravité telle

A/2860/2021 - 15/18 - qu'elles seraient propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques. Le traitement médical n'a pas eu une durée anormalement longue ; aucune erreur dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident n'a été à déplorer ; il n'y a pas eu de difficultés au cours de la guérison ou de complications importantes ; le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques n'étaient pas excessifs. Seules des douleurs physiques ont persistés. Ce seul critère dans un accident de moyenne gravité ne peut conduire à retenir un lien de causalité adéquate au regard de la jurisprudence.

E. 8

Le cas étant stabilisé au mois de novembre 2020, se pose dès lors la question du droit à la rente d'invalidité. Dans ce cadre, le recourant conteste le calcul opéré par l'intimée en contestant le revenu sans invalidité et le revenu avec invalidité retenu par l'intimée et sollicite en outre un abattement de 25%.

E. 8.1

En l'espèce, le revenu sans invalidité retenu par l'intimée (CHF 47'697.10) correspond au salaire préalablement perçu par le recourant selon les informations fournies par l'ancien employeur et actualisé compte tenu de la stabilisation de l'état de santé du recourant en novembre 2020. L'intimée a constaté qu'il n'existait pas de perte de gain entre le salaire avec invalidité fondé sur l'ESS (CHF 68'924.-) et le salaire sans invalidité (CHF 47'697.10), de sorte qu'aucun droit à une rente n'était donné. Le recourant estime qu'il faut se référer au salaire minimum à Genève et non à son dernier salaire et procéder à un parallélisme des revenus. Le salaire minimum genevois est fixé à Genève à CHF 4'200.- par mois, soit CHF 54'600.- par an. Que l'on se fonde sur ce salaire à titre de revenu avant invalidité, hypothèse retenue par l'intimée en cours de procédure, ou que l'on procède à une comparaison entre ce revenu et le revenu de CHF 47'697.10 pour constater une divergence entre le revenu réel et le salaire minimum de 12.65% (soit 7.65% en sus de la différence de 5% retenue par la jurisprudence), le salaire sans invalidité demeure inférieur au salaire avec

invalidité (CHF 68'924.- > CHF 54'600.- respectivement ($[CHF\ 68'924.- - 7.65\%] > CHF\ 47'697.10$), de sorte que le droit à la rente n'est pas ouvert. Contrairement à ce que voudrait le recourant, l'on ne peut pas augmenter, d'une part, le salaire sans invalidité pour tenir compte du salaire minimum genevois et retrancher, d'autre part, le montant du salaire avec invalidité selon l'ESS de la différence de 7.65%, sauf à prendre en considération deux fois la même correction liée au salaire du recourant du fait qu'il est plus bas que le salaire minimum.

E. 8.2

Quant au salaire avec invalidité, l'intimée s'est à juste titre fondée sur l'ESS, dans la mesure où le recourant, qui dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, n'a pas repris d'activité à ce jour.

A/2860/2021 - 16/18 - L'on relèvera que l'intimée ne pouvait pas se fonder sur la publication, postérieure au recours, faute d'avoir été disponible lorsqu'elle a statué, de l'Office fédéral de la statistique du 23 août 2022 des tableaux TA1_skill-level, T1_skill-level et T17 de l'ESS 2020, dans lequel le salaire médian standardisé (40h/sem.) d'un homme, avec le niveau de compétences 1 (tâches physiques ou manuelles simples) est de CHF 5'261.- en 2020, contre CHF 5'417.- pour l'ESS 2018.

E. 8.3

Quant à l'abattement sur le salaire avec invalidité, le recourant qui ressent toujours des douleurs en montant et en descendant les escaliers et qui ne peut pas marcher plus de 60 minutes de suite voudrait que l'on retienne un abattement de 25%. Il dispose cependant d'une pleine capacité de travail dans une activité respectant ses limitations, lesquelles ne sont pas particulièrement lourdes. Le salaire pris en compte est celui que peut réaliser un homme dans une activité nécessitant des compétences minimales dans le secteur privé. Il n'existe pas d'avis médical allant dans le sens d'une perte de rendement ou qui justifierait de retenir un abattement maximal de 25% dans la situation du recourant. Un tel abattement n'apparaît dès lors pas fondé. En outre, même en tenant compte d'un tel abattement sur le salaire ESS précité ($[CHF\ 68'924.- - 7.65\%] - 25\% = CHF\ 47'738.49$), le salaire avec invalidité demeurerait supérieur au salaire sans invalidité ($CHF\ 47'738.49 > 47'697.10$), ce qui n'ouvre pas davantage de droit à une rente. Si l'on tient compte du salaire minimal genevois, l'abattement de 25% sur le salaire ESS conduirait à admettre une perte de gain de CHF 2'907.- ($CHF\ 54'600 - CHF\ 51'693.- = 2'907.-$), correspondant à un taux d'invalidité de 5.6%, soit un taux insuffisant pour ouvrir le droit à la rente. Quant à l'abattement de 10% retenu par l'OAI dans la procédure ad hoc, il faut rappeler que le recours au niveau de compétence 1 de la table ESS TA1 tirage_skill_level prend en compte des emplois ne nécessitant pas de formation ou de connaissances préalables, ce qui ne justifie pas d'abattement au titre de l'absence de formation du recourant. La réduction de 10% a été prise en compte par l'OAI au vu des limitations fonctionnelles dans une activité adaptée et du fait que seule une activité légère pouvait être envisagée par l'assuré, âgé de 41 ans et qui avait déjà occupé divers emplois malgré son statut précaire, sans permis de séjour et de conduire, sans formation et alors qu'il ne maîtrisait pas parfaitement le français. Cela étant, même à prendre en compte un abattement de 10%, au vu des limitations susmentionnées, la perte de gain est insuffisante pour ouvrir le droit à une rente de l'assurance-accident. La décision attaquée ne prête dès lors pas le flanc à la critique.

E. 9

Par conséquent, le recours est rejeté.

A/2860/2021 - 17/18 - Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGa a contrario). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. fbis a contrario LPGa).

A/2860/2021 - 18/18 - 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.