

GE_GERICHTE ATAS/913/2007 vom 28. August 2007

GE Cour de justice, 2007-08-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_913_2007

FR: GE_GERICHTE ATAS/913/2007 du 28 août 2007

IT: GE_GERICHTE ATAS/913/2007 del 28 agosto 2007

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 5 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003 entraînant la modification de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-accidents. Elle est applicable en l'espèce, dès lors que les faits juridiquement déterminants se sont déroulés postérieurement à son entrée en vigueur (cf. ATF 130 V 446 ss consid. 1, 129 V 4 consid. 1.2). 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

Selon l'art. 60 al. 1 LPGA, le délai de recours est de trente jours. La décision sur opposition du 24 avril 2007 a été reçue par le recourant le 25 avril 2007 et le délai de recours n'a commencé à courir que le lendemain de la réception de sorte qu'il est arrivé à échéance le 25 mai (art. 38 al. 1 LPGA). Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours déposé le 23 mai 2007 est recevable, en vertu des art. 56 ss LPGA.

E. 4

Le litige porte sur l'évaluation de l'invalidité du recourant et en particulier sur son droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents dès le 1er mai 2004.

E. 5

Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. 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

A/2016/2007 - 8/17 - 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). Est en principe déterminant pour le calcul des rentes le salaire que l'assuré a gagné durant l'année qui a précédé l'accident (art. 15 al. 2 LAA, seconde phrase). La rente d'invalidité s'élève à 80 % du gain assuré (art. 20 al. 1 LAA). A teneur de l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente.

E. 6

Le principe de l'obligation de réduire le dommage (cf. ATF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les arrêts cités; RIEMER-KAFKA, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Fribourg 1999, p. 57, 551 et 572; LANDOLT, Das Zumutbarkeitsprinzip im schweizerischen Sozialversicherungsrecht, thèse Zurich 1995, p. 61) commande à tout assuré de mettre sa capacité de gain résiduelle à profit en accomplissant une activité lucrative compatible avec son état de santé (ATFA du 7 juillet 2005, U 259/04 consid. 5.2). L'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage s'applique donc également en matière d'assurance-accidents (ATF 117 V 400). Le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir après l'accident, ceci pour éviter que la victime soit tentée d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87). 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. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 158 consid. 1b; ATFA non publié du 13 octobre 2004, U 345/03, consid. 3.2).

E. 7

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif (art. 40 PCF en corrélation avec l'art. 19 PA ; art. 95 al. 2 OJ en liaison avec les art. 113 et 132 OJ), l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge 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. Lorsque les rapports

A/2016/2007 - 9/17 - médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. 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 125 V 351 consid. 3a). . 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. Ainsi, lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permette de douter de leur bien- fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

E. 8

La notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité. Dans ces trois domaines, elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé assurée, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entre en ligne de compte pour l'assuré. En raison de l'uniformité de la notion d'invalidité, il convient d'éviter que, pour une même atteinte à la santé, assurance-accidents, assurance militaire et assurance-invalidité n'aboutissent à des appréciations divergentes quant au taux d'invalidité. L'uniformité de la notion d'invalidité n'a cependant pas pour conséquence de libérer chacune de ces assurances de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité. D'un autre côté, une évaluation entérinée par une décision en force d'un assureur ne peut pas rester simplement ignorée par un autre assureur qui doit se laisser opposer la présomption d'exactitude de l'évaluation effectuée. Une appréciation divergente de celle-ci ne peut intervenir qu'à titre exceptionnel et seulement s'il existe des motifs suffisants. Peuvent constituer de tels motifs le fait qu'une évaluation repose sur une erreur de droit et ou sur une appréciation insoutenable, qu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec l'assuré ou de mesures d'instruction extrêmement limitées ou superficielles ou encore qu'elle n'est pas du tout convaincante ou entachée d'inobjectivité (ATF 126 V 293 consid. 2d, 119 V 474 consid. 4a; voir aussi VSI 2004 p. 185 consid. 3). Encore faut-il, pour que l'assurance-invalidité soit liée par l'évaluation de l'invalidité de l'assurance-accidents, que celle-ci ait fait l'objet d'une décision, passée en force (ATFA non publié du 16 mars 2001, U 259/00, consid. 5a).

A/2016/2007 - 10/17 - L'inverse n'est pas vrai puisque la décision de l'assurance-invalidité entrée en force et fixant le droit à la rente, partant le degré d'invalidité, n'a pas d'effet obligatoire pour l'assureur-accidents (ATF 131 V 362 consid. 2.2; VSI 2004 p. 188 consid. 5; ATFA non publié du 30 août 2005, U 323/04, consid. 4.1).

E. 9

Le recourant soutient qu'il a droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents du même taux que celui reconnu par l'assurance-invalidité, soit de 48 % dès le 1er mai 2004. Autrement dit, il considère que l'intimée est liée par l'appréciation de l'invalidité faite par l'OCAI. Par ailleurs, il conteste l'évaluation de sa capacité de travail raisonnablement exigible effectuée par le Dr D_____, dans la mesure où l'expert n'a pas tenu compte d'une diminution de rendement. Pour sa part, l'intimée retient un rendement de 100 % dans une activité adaptée sur la base des conclusions du Dr D_____ et considère qu'elle n'est pas liée par l'appréciation de l'invalidité à laquelle l'OCAI a procédé, car celui-ci a pris

en considération une diminution de rendement due principalement à une épicondylite droite non assurée et a tenu compte d'un abattement supérieur à 10 % sans que les conditions ne soient réalisées pour ce faire. Contrairement à ce que prétend le recourant, le taux d'invalidité de 36 % retenu par l'assurance-invalidité dans sa décision entrée en force du 10 janvier 2006 n'a pas d'effet contraignant pour l'assurance-accidents. De toute façon, l'intimée n'a pas à tenir compte de l'évaluation du taux d'invalidité par l'assurance-invalidité puisque celle-ci prend en considération l'épicondylite qui n'est pas prise en charge par l'assurance-accidents. Pour le surplus, le rapport d'expertise du 24 décembre 2003 du Dr D _____ se base tant sur un examen du recourant que sur l'étude du dossier assécurologique et radiologique. Il prend également en considération les plaintes exprimées par le recourant et a été établi en pleine connaissance d'une anamnèse personnelle, socio-professionnelle et actuelle. La description et l'appréciation de la situation médicale sont claires. En effet, l'expert relève, d'une part, que le handicap fonctionnel du genou gauche est somme toute mineur, d'autre part, que l'évolution totalement défavorable consécutive à un traumatisme du genou gauche relativement fréquent et les séquelles modérées d'une arthrose ne permettent pas d'expliquer l'importance des plaintes ainsi que la gêne fonctionnelle. L'expert s'est également exprimé sur l'évolution de l'état de santé et sur la capacité de travail qu'il estime entière, sur le plan orthopédique, dans une activité adaptée, c'est-à-dire à la fois assis ou debout, sans port de charges, avec des déplacements sur de petites distances. Il y a lieu de relever que les conclusions de l'expert quant à la capacité de travail raisonnablement exigible du recourant sont convaincantes et cohérentes car il a constaté, lors de son examen clinique, une relativement bonne mobilité et des amplitudes fonctionnelles peu gênantes dans la vie de tous les jours

A/2016/2007 - 11/17 - de sorte qu'il n'y a aucune raison que, dans une activité adaptée, à savoir évitant la mise en charge du genou gauche, la capacité de travail de l'assuré ne soit pas entière. De plus, son appréciation des limitations fonctionnelles est confirmée par les maîtres de réadaptation du COPAI qui, dans leur rapport du 12 décembre 2005, considèrent que les capacités du recourant sont compatibles avec des activités légères privilégiant la position assise avec possibilité d'alterner les positions et/ou faire quelques pas. Certes, d'une part, le Dr C _____ dans son rapport du 5 octobre 2004 justifie une diminution de rendement par les douleurs continues du genou et dans toutes les positions, d'autre part, les maîtres de réadaptation du COPAI dans leur rapport du 12 décembre 2005 concluent à un rendement de 70 %. Tant l'appréciation du médecin traitant que celle des maîtres de réadaptation professionnelle reposent sur des données subjectives, à savoir, d'une part, sur la description des douleurs donnée par l'assuré, d'autre part, sur des constatations faites durant le stage d'observation professionnelle en raison des nombreux arrêts et pauses effectués par le recourant pour se détendre en raison du genou gauche et de l'épicondylite droite chez un droitier. Or, il y a lieu d'établir la mesure de ce qui est raisonnablement exigible d'un assuré le plus objectivement possible (ATFA non publié du 24 août 2006, I 938/05, consid. 5). A cet égard, le médecin traitant ne précise pas dans quelle mesure les plaintes du recourant sont corroborées par les constatations objectives qu'il a pu effectuer. Ce faisant, il relate surtout la manière dont le patient assume et ressent lui-même ses facultés de travail, sans y porter un regard critique et, notamment, expliquer l'importance des plaintes au regard des amplitudes fonctionnelles peu gênantes du genou gauche (cf. ATFA non publiés du 12 juillet 2005, I 366/05 et du 14 septembre 2005, I 808/04, consid. 4.2). Par conséquent, il faut admettre que les considérations divergentes du Dr C _____ au sujet du rendement du recourant sont empreintes de son point de vue de

médecin traitant qui 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. 3b/bb et cc). Quant aux maîtres de réadaptation, bien que le recourant ne s'estimait pas capable de travailler à plus de 25-30 %, ils ont admis une capacité résiduelle de travail de 70 %. Toutefois, ce taux n'est pas déterminant pour l'intimée car, d'une part, il est théorique dans la mesure où les maîtres de réadaptation ont dû le fixer sans tenir compte des résultats concrets du recourant, d'autre part, il s'agit d'un taux minimum puisqu'il tient compte des nombreux arrêts et pauses librement effectués par le recourant pour se détendre, enfin, il prend en considération tant les troubles au genou gauche que l'épicondylite droite non assurée. Il est vrai que le Dr F _____, médecin-conseil du COPAI, a admis l'existence d'un rendement de 70 % exigible sur le plan médical mais il n'a pas justifié la baisse de rendement de 30 % par des éléments médicaux et s'est borné à confirmer l'évaluation faite par les maîtres de réadaptation.

A/2016/2007 - 12/17 - En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (ATFA du 11 juillet 2005, I 531/04, consid. 4.2). Etant donné que le seul avis médical dûment motivé est celui du Dr D _____, c'est à juste titre que l'intimée a procédé à une évaluation de l'invalidité du recourant sur la base d'une capacité résiduelle de travail de 100 % et sans tenir compte de la baisse de rendement retenue par l'assurance-invalidité. En définitive, l'appréciation du Dr C _____ et celle du COPAI ne permettent pas de remettre en question les conclusions de l'expert D _____ auxquelles il y a lieu de reconnaître une valeur probante entière. Enfin, la baisse de rendement de 20 à 25 % admise par le SMR dans son avis médical du 8 novembre 2004 mentionné dans le rapport COPAI du 12 décembre 2005 (page 3) est motivée uniquement par l'atteinte du coude droit et non pas par le genou gauche, seul assuré par l'intimée. A ce sujet, dans son rapport du 5 mai 2003, le Dr B _____ a clairement indiqué que l'épicondylite droite chronique devait être considérée comme une maladie et non pas comme une séquelle post-traumatique en raison de l'absence de preuve quant à l'existence d'un rapport de causalité entre l'accident de février 2002 et la symptomatologie actuelle. En ce qui concerne la preuve, 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 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 s. consid. 3.2 et 3.3). Aussi, contrairement à ce que prétend le recourant, 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 322 consid. 5a).

E. 10

Est déterminant, lors de la comparaison des revenus au sens de l'art. 18 al. 2 LAA, le moment de l'ouverture du droit à une éventuelle rente et non celui de la décision sur opposition. L'assureur-accidents est cependant tenu, avant de se prononcer sur le droit à une prestation, d'examiner si aucune modification significative des données hypothétiques déterminantes n'est intervenue durant la période postérieure à l'ouverture du droit. Dans ce

cas, il lui incombe de procéder à une nouvelle comparaison des revenus avant de rendre sa décision (ATF 128 V 174 consid. 4a; cf. aussi ATF 129 V 222). En règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Hypothétique, le revenu sans invalidité

A/2016/2007 - 13/17 - n'en doit pas moins être évalué de manière aussi concrète que possible. C'est pourquoi le revenu sans invalidité s'évalue, en règle générale, d'après le dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des circonstances à l'époque où est né le droit à la rente (cf. ATF 129 V 222 consid. 4). Quant au revenu d'invalidité, 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'invalidité peut être évalué sur la base, notamment, des données salariales publiées par l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 75. consid. 3b/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). Les rétributions fixées par les conventions collectives de travail sont sensiblement inférieures aux salaires moyens usuels dans une branche, de sorte que seuls ceux-ci sont représentatifs pour établir le revenu déterminant (RCC 1986 p. 434 consid. 3b; ATF non publié du 7 mars 2007, U 63/06, consid. 3.3). 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).

E. 11

Dans le présent litige, selon la jurisprudence susmentionnée, il y a lieu de comparer les revenus pour l'année 2004. En effet, le droit à la rente débute le 1er mai 2004 puisque l'intimée a mis un terme au versement de l'indemnité journalière dès cette date et qu'à dire de médecin, l'état du genou gauche est stabilisé depuis décembre 2003 (cf. art. 19 al. 1 LAA). Il n'est pas contesté que le recourant avait, au moment de l'accident, un revenu mensuel de 4'350 fr. versés treize fois, soit, selon les calculs de l'OCAI, un salaire annuel en 2003 de 56'550 fr. Revenu sans invalidité et gain assuré sont deux notions distinctes. Le revenu sans invalidité représente le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide; il permet calculer le degré d'invalidité selon la méthode générale de la comparaison des revenus et, partant, de déterminer le droit ou non d'un assuré à rente d'invalidité (art. 18 al. 1 et 2 LAA). Le gain assuré, lui, sert de base au calcul du montant proprement dit de cette rente (art. 20 al. 1 LAA). La fixation de l'un et de l'autre sont soumis à des règles différentes (ATFA non publié du 7 juillet 2005, U 259/04,

A/2016/2007 - 14/17 - consid. 6.1). En conséquence, contrairement à ce que prétend l'intimée, il n'y a pas lieu de faire application de l'art. 24 al. 2 OLAA qui prescrit que lorsque le droit à la rente naît plus de cinq ans après l'accident ou l'apparition de la maladie professionnelle, le salaire déterminant est celui que l'assuré aurait reçu, pendant l'année qui

précède l'ouverture du droit à la rente, s'il n'avait pas été victime de l'accident ou de la maladie professionnelle, à condition toutefois que ce salaire soit plus élevé que celui qu'il touchait juste avant la survenance de l'accident ou de l'apparition de la maladie professionnelle. En effet, cette disposition légale concerne le gain assuré pour les rentes et non pas le revenu sans invalidité. En définitive, le revenu sans invalidité calculé pour l'année 2003 doit être adapté au renchérissement pour l'année 2004, conformément à la jurisprudence qui prévoit que le revenu sans invalidité 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 jusqu'au début du droit à la rente (ATF 129 V 474 consid. 4.1; ATFA non publié du 2 septembre 2003, U 329/02, consid. 4.1). Selon les calculs de l'OCAI qui ne sont pas contestés sur cette question, après indexation, le revenu sans invalidité pour l'année 2004 est de 57'041 fr., montant qu'il y a lieu de confirmer. Etant donné qu'en 2004, le recourant n'avait repris aucune activité professionnelle, il y a lieu de déterminer le revenu d'invalidé en se basant sur les salaires statistiques 2004 de l'ESS ainsi que l'ont fait l'OCAI et l'intimée. Le salaire de référence est celui auquel pouvaient prétendre en 2004 les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (ESS 2004, tableau TA1, valeur médiane, tous secteurs confondus, niveau de qualification 4). Ce secteur offre un éventail suffisamment varié d'activités non qualifiées pour qu'un certain nombre d'entre elles soient immédiatement accessibles au recourant (ATFA non publié du 14 juin 2006, U 81/05, consid. 3.2). Ce salaire hypothétique mensuel s'élève à 4'588 fr. par mois, part au 13ème salaire comprise, soit 55'056 fr. par année (4'588 x 12). De plus, ce salaire doit être adapté au temps de travail en 2004 qui était de 41.6 heures par semaine (Indicateurs du marché du travail 2006, tableau T2) et non pas de 41.7 heures comme l'ont retenu à tort l'intimée ainsi que l'OCAI de sorte que le revenu annuel s'élève à 57'258 fr. 25 (55'056 x 41.6 : 40). Eu égard aux limitations fonctionnelles du recourant qui lui imposent d'alterner souvent les positions, à l'impossibilité d'effectuer des travaux lourds et à ses douleurs qui nécessitent un plus grand besoin de pauses qu'un travailleur en bonne santé, il y a lieu d'opérer un abattement de 15 % sur le salaire statistique comme le permet la jurisprudence (cf. ATF 126 V 78 consid. 5). Contrairement à ce que prétend le recourant, l'OCAI n'a pas procédé à un abattement de 25 %, mais de 15 % sur le revenu d'invalidé ainsi que cela ressort clairement du calcul de rente effectué par son spécialiste en réadaptation professionnelle. Le taux de 25 % articulé dans la décision du 10 janvier 2006

A/2016/2007 - 15/17 - consiste en une simple erreur de plume du gestionnaire de l'OCAI ce que confirme le calcul de rente repris dans le corps de la décision. Par ailleurs, le fait que le recourant soit originaire du Kosovo n'a pas d'incidence sur son revenu d'invalidé. En effet, la nationalité n'est pas un facteur de déduction lorsque l'assuré est au bénéfice d'un permis d'établissement car les salaires statistiques sont établis en fonction de la population résidente aussi bien suisse qu'étrangère (ATFA non publié du 17 janvier 2006, I 700/04, consid. 4.3.3). Son absence de formation professionnelle n'a pas davantage d'incidence sur le salaire obtenu dans des activités simples et répétitives dans le secteur privé dans la mesure où il s'agit d'activités non qualifiées dont certaines sont accessibles aux travailleurs sans formation spécialisée (cf. supra). Quant au fait que le recourant ne sait ni lire, ni écrire le français, la question de savoir s'il a suivi des cours de français ou non peut rester non résolue car, de toute évidence, sa mauvaise maîtrise de la langue ne l'a ni empêché, ni limité dans l'exercice de ses activités lucratives antérieures de sorte qu'il n'y a pas lieu de considérer que ce facteur nécessite une réduction de salaire supplémentaire. Au demeurant, dans des circonstances personnelles et professionnelles similaires, la jurisprudence ne

retient pas un abattement supérieur à 15 % (cf. ATFA non publié du 30 septembre 2005, I 25/05, consid. 3 et 4.2). En définitive, le revenu d'invalidé s'élève à 48'669 fr. 50 (57'258.25 – 15% de 57'258.25). Il s'ensuit que la comparaison avec le revenu réalisable sans invalidité de 57'041 fr. fait apparaître une invalidité de 15 % ($57'041 - 48'669.50 : 57'041 \times 100 = 14.67 \%$). En conséquence, c'est à tort que l'intimée a nié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité. Même si le recourant a recommencé à travailler à 50 %, en avril 2006, dans l'entreprise EPSILON SA dont le but social est l'adressage, l'emballage et la distribution de journaux, d'imprimés, d'échantillons et de tous autres objets, il n'y pas lieu d'adapter le revenu d'invalidé calculé en 2004 à ces nouvelles circonstances. En effet, bien que le Tribunal ne soit pas renseigné sur l'activité exercée par le recourant, celui-ci a expliqué dans son recours qu'elle était aménagée et prenait en compte son handicap. Lorsqu'il a été engagé par cette entreprise, le recourant présentait une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée, à savoir assise et occasionnellement debout, sans port de charges de plus de cinq kilos, avec des déplacements sur de petites distances. On pouvait ainsi raisonnablement exiger de lui, conformément à son obligation de diminuer le dommage (supra, consid. 6), qu'il travaillât à plein temps et non pas à 50 %. Son salaire à 50 % était de 1'472 fr. par mois, en mai 2006, et de 1'825 fr. par mois, en avril 2007. La question de savoir si ce salaire est versé douze ou treize fois par année peut rester ouverte car, même dans l'hypothèse la plus favorable, à 100 %, il s'élèverait à 47'450 fr. ($1'825 \times 2 \times 13$), soit un montant inférieur au salaire statistique raisonnablement exigible.

E. 12

Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis et le dossier renvoyé à l'intimée pour calcul des prestations dues. Le recourant obtenant gain de cause, une

A/2016/2007 - 16/17 - indemnité de 1'000 fr. lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGa). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGa).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.