

GE_GERICHTE ATAS/973/2011 vom 18. Oktober 2011

GE Cour de justice, 2011-10-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_973_2011

FR: GE_GERICHTE ATAS/973/2011 du 18 octobre 2011

IT: GE_GERICHTE ATAS/973/2011 del 18 ottobre 2011

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 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-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20). 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 Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010). 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 nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). En l'espèce, le présent recours concerne le droit à des prestations dès le 1er avril 2000, à savoir à une date antérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA. En conséquence, le présent cas reste régi par la législation en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, étant précisé que les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de l'entrée en vigueur de la LPGA (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). Pour les mêmes raisons, les dispositions de la nouvelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4ème révision), entrée en vigueur le 1er janvier 2004 et les modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5ème révision) entrées en vigueur le 1er janvier 2008 ne sont pas applicables (ATF 127 V 467 consid. 1). Dans la mesure où elles ont été

A/1844/2010 - 21/29 - modifiées par la nouvelle, les dispositions ci-après sont donc citées dans leur version antérieure au 1er janvier 2004. Une éventuelle aggravation dès avril 2005, date du second accident, serait alors soumise aux dispositions entrées en vigueur le 1er janvier 2004 (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

E. 3

Le recours interjeté respectant les forme et délai prévus par la loi (art. 56 à 60 LPGA), sera déclaré recevable.

E. 4

Le litige porte sur l'évaluation de l'invalidité du recourant, en particulier sur la capacité de travail résiduelle de celui-ci dans une activité adaptée et sur le revenu sans invalidité à prendre en compte.

E. 5

a) Selon l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité est la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. b) Selon l'art. 4 al. 2 LAI, l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Ce moment doit être déterminé objectivement, d'après l'état de santé de l'assuré ; des facteurs externes fortuits n'ont pas d'importance. Il ne dépend en particulier ni de la date à laquelle une demande a été présentée, ni de celle à partir de laquelle une prestation a été requise, et ne coïncide pas non plus nécessairement avec le moment où l'assuré apprend, pour la première fois, que l'atteinte à sa santé peut ouvrir droit à des prestations d'assurance (ATF 126 V 5 consid. 2b, 157 consid. 3a). S'agissant du droit à une rente, la survenance de l'invalidité se situe au moment où il prend naissance, conformément à l'art. 29 al. 1er LAI dans sa version en vigueur avant la 5e révision de la loi, soit dès que l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins ou dès qu'il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable, mais au plus tôt le premier jour du mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 2 aLAI ; ATF 126 V 5 consid. 2b et les références). c) Selon l'art. 28 al. 1er LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins ; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40% au moins. Selon l'art. 28 al. 1er LAI dans sa teneur en vigueur du 1er janvier 2004 au 31 décembre 2007, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

A/1844/2010 - 22/29 -

E. 6

a) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu du travail que l'invalide pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (art. 28 al. 2 LAI). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 130 V 343 consid. 4). 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 128 V 174). b) Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 75 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 ou catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Un abattement global maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 75 consid. 5). Le Tribunal fédéral admet la référence au groupe des tableau « A » de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), correspondant aux salaires bruts standardisés, pour déterminer le revenu qu'on peut raisonnablement exiger d'un invalide en dépit de son atteinte à la santé lorsqu'aucun revenu effectif n'est réalisé (cf. ATF 124 V 321). Il convient en outre de toujours se rapporter à la valeur médiane. L'ESS a pour objectif de fournir des informations ayant valeur représentative pour toute la Suisse (large éventail d'activités variées et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes ; cf. ATF 129 V 472 consid. 4.2) ; elle englobe des données salariales provenant d'entreprises de toute taille dans les branches extérieures au secteur agricole, quelque soit le taux d'occupation, la position hiérarchique, l'exigence du poste ou le niveau de formation. Lors de l'examen de la mise en valeur de la capacité de travail résiduelle, on ne saurait se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA (auquel renvoie l'art. 28 al. 2 LAI), lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle

A/1844/2010 - 23/29 - n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (ATF non publié 9C_1035/2009 du 22 juin 2010). c) Le revenu sans invalidité se détermine pour sa part en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'intéressé aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF non publié du 25 mai 2007, I 428/06 et I 429/06). Enfin, le Tribunal fédéral a eu l'occasion de préciser, dans un arrêt du 19 décembre 2003 (ATF 130 V 121), que le résultat exact du calcul du degré d'invalidité doit être arrondi au chiffre en pour cent supérieur ou inférieur selon les règles applicables en mathématiques.

E. 7

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. 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. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de

causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références ; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH, Bâle 2000, p. 268). b) En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est 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. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références). c) En matière d'appréciation des preuves, le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Il ne peut écarter un

A/1844/2010 - 24/29 - rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante. 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 convient 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. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral 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. 3). Le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. Une expertise présentée par une partie peut donc également valoir comme moyen de preuve. En vertu des principes énoncés par la jurisprudence concernant l'appréciation des preuves, le juge est toutefois tenu d'examiner si elle est propre à mettre en doute, sur les points litigieux importants, l'opinion et les conclusions de l'expert mandaté par le tribunal. Cette jurisprudence s'applique aussi bien lorsqu'un assuré entend remettre en cause, au moyen d'une expertise privée, les conclusions d'une expertise aménagée par l'assureur-accidents ou par un office de l'assurance-invalidité (ATF 125 V 351 consid. 3c ; ATFA non publié I 321/03 du 29 octobre 2003, consid. 3.1 et ATF non publié 8C_558/2008 du 17 mars 2009, consid. 2.4.2).

E. 8

Dans le cas d'espèce, il faut rappeler qu'il n'y a pas de hiérarchie entre l'expertise ordonnée par un assureur et celle faite à la demande de l'assuré, seul le contenu des rapports compte pour admettre ou pas leur valeur probante. Or, tant l'expertise du CEMED, du point de vue somatique en tout cas et celle du Dr I_____ sont, en majeure partie, probantes. En premier lieu, l'expertise du CEMED est convaincante, sur le plan somatique. Elle est fondée sur une anamnèse détaillée, des constatations objectives, elle tient compte des plaintes de

l'assuré, de l'ensemble des rapports médicaux au dossier et ses conclusions sont claires, nuancées et convaincantes, les conclusions sont d'ailleurs partagées par le Dr I _____, sauf sur deux points, soit les conséquences du TCC et l'incidence des limitations sur la capacité de travail. S'agissant des constatations objectives du point de vue ostéo-articulaire, celles du CEMED sont partagées par le Dr I _____, le prof. V _____ et les médecins traitants de l'assuré. Sans qu'il soit nécessaire de revenir en détail sur les diagnostics retenus, tous les médecins retiennent une grave impotence du membre

A/1844/2010 - 25/29 - supérieur droit et d'autres limitations fonctionnelles au niveau de l'épaule gauche, du dos et des genoux. Dans son dernier avis, le SMR retient sur la base de l'ensemble des avis, y compris celui du Prof V _____, que les limitations fonctionnelles retenues en 2009 par le CEMED sont à appliquer aux deux épaules, de sorte que la capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée reste identique. De plus, tous les médecins retiennent que les limitations fonctionnelles doivent être strictement limitées, à défaut de quoi, toute activité est exclue. Ces limitations sont: pour les deux membres supérieurs: pas d'activité nécessitant de la force, des gestes répétitifs, et des ports de charge (voire aucune activité au niveau ou au dessus de l'épaule droite); pour les genoux : pas de position accroupie, à genoux, nécessitant de se déplacer sur des terrains en pente ou irréguliers; pour le rachis cervical et lombaire : pas d'activité nécessitant des ports de charges, une position statique plus de 30 minutes ou penchée en avant. Les experts du CEMED nuancent leurs propos en retenant que, bien que sauf pour l'épaule droite, chacune des atteintes ne justifie pas d'incapacité de travail dans un poste adapté, l'ensemble des atteintes entraîne un abaissement du seuil douloureux, intriqué dans un contexte social et asséculo-logique complexe. Le Dr I _____ expose quant à lui que les pathologies du rachis et des membres inférieurs ont tendance à se potentialiser, et il procède ainsi également à une appréciation globale lorsqu'il affirme qu'il ne faut pas simplement additionner chaque limitation. Toutefois, le Dr I _____ ne convainc pas lorsqu'il retient une totale incapacité de travail définitive depuis 1999, qui n'est en tout cas pas justifiée du seul point de vue ostéo-articulaire, étant précisé que cet expert n'est spécialiste ni en psychiatrie, ni en oto-rhino-laryngologie. Pour ce qui est de l'acouphène et des douleurs à la mastication, aucun des médecins consultés ne parvient à objectiver l'intensité de la gêne décrite par l'assuré, qui admet d'ailleurs que l'acouphène est suffisamment faible pour être couvert par les bruits de jour et se plaint pour le surplus de devoir couper les pommes pour les manger sans souffrir, de sorte qu'il paraît démontré au degré de la vraisemblance prépondérante que ces troubles n'ont pas d'incidence sur la capacité de travail de l'assuré. Le fait qu'un acouphène grave soit coté pour déterminer une IPAI n'est pas déterminant pour admettre que l'acouphène de l'assuré - au demeurant léger - a des répercussions sur sa capacité de travail. S'agissant des plaintes somatiques de l'assuré, tant les médecins du CEMED que celui des EPI ont mis en exergue l'exagération des symptômes somatiques. Les responsables du stage aux EPI ont aussi relevé une attitude très démonstrative, l'assuré marchant d'un pas sportif à l'extérieur et se traînant lorsqu'il est observé. A cet égard, la Cour a pu constater l'importante divergence entre l'attitude en audience de l'assuré et ses plaintes, que ce soit au niveau de la mobilité des bras qu'à celui des troubles psychiques. En effet, il s'exprime très clairement, avec une étonnante précision quant aux diagnostics et aux dates des diverses interventions, sans aucun signe de tristesse ou de difficulté de concentration, bougeant fréquemment les deux bras pour ponctuer ses dires, sans jamais aller toutefois au-dessus du niveau des

A/1844/2010 - 26/29 - épaules. L'absence d'explication objective à une partie des douleurs de l'assuré avait déjà été relevée lors du séjour à la CRR en 2002 et le caractère démonstratif de l'assuré avait été souligné lors du COPAI de 2005. Ainsi, lorsque le Dr I_____ retient une totale incapacité de travail dans toute activité, il se fonde ainsi principalement sur les plaintes du patient, sans relever le manque de concordance entre celles-ci et les constatations objectives du CEMED, qu'il partage pourtant. A titre d'exemple, le Dr V_____ admet que la mobilité de l'épaule gauche est moins gravement atteinte que la droite, les limitations de la première étant fondées seulement sur les douleurs et la gêne alléguées. Du point de vue psychique, le psychiatre de CEMED n'est pas convaincu par la réalité des plaintes du patient et retient l'absence de compliance à la médication prescrite, sans la vérifier et sans expliquer quel élément lui permet de la retenir. Ses conclusions concernant l'intensité du trouble de la lignée dépressive (dysthymie ou trouble léger, récurrent, mais en rémission) sont très succinctement motivées et semblent fondées sur les constatations faites lors de l'unique entretien mené et le sentiment d'exagération des plaintes du patient. Le psychiatre en conclut rapidement que l'état dépressif est en rémission. Toutefois, l'avis du psychiatre traitant ne permet pas de remettre en cause les conclusions de l'expert. Il admet que la médication prescrite compense en partie le trouble dépressif sans expliquer dès lors en raison de quelles limitations son patient serait totalement, voire même partiellement incapable de travailler en raison d'une pathologie psychiatrique. Il ne motive pas le diagnostic concernant le trouble de la personnalité, ni les limitations induites par ce trouble. Il réserve une décompensation future, qui est donc sans incidence actuellement. L'avis du Dr I_____, concernant les conséquences du traumatisme crânien, n'est pas confirmé par le psychiatre traitant, qui ne retient aucun trouble cognitif consécutif à l'accident, ni par le neurologue ayant participé à l'expertise du CEMED. Il faut donc admettre avec le CEMED qu'il n'y a pas de pathologie psychiatrique invalidante. Compte tenu de ce qui précède, il n'est pas nécessaire d'ordonner une expertise médicale judiciaire, car l'expertise du CEMED, examinée à la lumière de l'ensemble des rapports médicaux et de l'expertise du Dr I_____ permet d'établir précisément les limitations fonctionnelles objectivées de l'assuré. S'agissant du taux de capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée, l'appréciation du CEMED tient compte des douleurs et de la mobilité fortement limitée de l'épaule droite pour admettre que la capacité est limitée à 6h de travail par jour, avec une diminution de rendement de 20% en raison des pauses nécessaires. L'avis divergent du Dr I_____, qui estime que la capacité de travail est nulle, n'est pas motivé et cet expert semble plutôt mettre en doute qu'il existe une activité adaptée aux limitations de l'assuré, ce qui est une autre question. Le Dr V_____ indique sans motivation précise une capacité de travail limitée à 50%.

A/1844/2010 - 27/29 - Il faut ainsi retenir avec les experts du CEMED que l'assuré dispose d'une capacité de travail de 75%, avec une diminution de rendement de 20%. Le SMR confirme dans son dernier avis que cela revient à un taux d'activité de 60%. Reste toutefois à déterminer quelle activité est réellement adaptée aux nombreuses et relativement importantes limitations retenues par les divers médecins, et qui doivent strictement être respectées selon eux. L'OAI prétend ne pas pouvoir préciser cet élément, en raison de l'absence de résultat de la mesure d'observation professionnelle. Ce point de vue est erroné. Certes, l'assuré a eu une attitude incompatible avec une mesure d'orientation professionnelle, l'exagération constatée des douleurs et des limitations ne permet pas de vérifier, concrètement, l'avis des médecins et l'assuré est profondément convaincu d'être totalement incapable de travailler dans toute activité, de sorte qu'il est inutile de tenter une

autre mesure de ce type. Toutefois, le service de réadaptation de l'OAI doit pouvoir établir la liste théorique des métiers que l'assuré peut effectuer, sans utiliser le bras droit au-dessus de l'épaule et sans aucune charge, en ménageant le bras gauche, sans s'accroupir, ni s'agenouiller, sans marche en terrain inégal, ni position statique prolongée de plus de 30 minutes, ni port de charges, ni position penchée en avant. Cela exclut ainsi toute une série de métiers non qualifiés, notamment le travail à la chaîne (statique), à l'établi, dans l'horlogerie, la mécanique de précision (penché en avant), dans l'industrie lourde, la fabrication de machines (port de charges), la construction (port de charge ou position accroupie/à genoux), à savoir tous les métiers du secteur de la production qui induisent les revenus les plus élevés du revenu des ESS, TA 1, total. Par contre, les activités dans la vente au détail, la surveillance, etc, restent possible, de sorte qu'il se justifie dans le cas particulier de tenir compte du revenu global ressortant du secteur 3 "services" des ESS, TA1, niveau 4, soit 4'127 fr./mois.

E. 9

Le moment déterminant pour le calcul du taux d'invalidité est avril 2000. Selon le rapport du dernier employeur de l'assuré, celui-ci aurait réalisé en 2000 un salaire horaire de 27 fr. 20 pour un horaire habituel de 42 heures 50 dans l'entreprise, avec un 13ème salaire en sus, soit 27 fr. 20 x 42,5 heures x 52 semaines / 12 mois x 13 = 65'121 fr 35/an. Tant le calcul de l'OAI que celui de l'assuré sont faux. Le premier ne tient pas compte de l'horaire de travail dans l'entreprise et indexe à 2000 un salaire qui est déjà celui de cette année-là. Le second se fonde sur un unique salaire mensuel, soit le plus élevé de l'année 1999, qu'il annualise à tort. Le revenu d'invalidé, quant à lui, doit se fonder sur les ESS 2000, et plus particulièrement le TA1, secteur 3, niveau 4, homme (49'524 fr.), pour un horaire habituel en 2000 de 41.8 heures (51'752 fr. 58), et à un taux de 75% (38'814 fr.45), soit après la prise en compte d'une diminution de rendement de 20%, un salaire 31'051 fr. 55, ce qui revient au salaire pour un taux d'activité à 60%. L'abattement de 15% retenu par l'OAI ne prête pas flanc à la critique et tient suffisamment compte de l'importance des limitations fonctionnelles et du type de

A/1844/2010 - 28/29 - titre de séjour (permis F), qui, en l'espèce n'a jamais été un élément diminuant l'employabilité, car ni le critère de l'âge (41 ans en 2000), ni celui du nombre d'années passées dans la même profession (6 ans) ne justifient un abattement supplémentaire, étant précisé que l'assuré dispose d'un diplôme universitaire d'économiste, impliquant des aptitudes intellectuelles, en plus des capacités manuelles, ce qui est un atout dans la recherche d'un emploi. Le revenu d'invalidé est donc de 26'393 fr.80 Le calcul du taux d'invalidité est donc le suivant: 65'121 fr.35 - 26'393 fr. 80 x 100 ./ 65'121 fr. 35 = 59.47 % Ce taux d'invalidité justifie l'octroi d'une demi-rente d'invalidité selon la LAI en vigueur en 2000. Ainsi, la décision sur opposition de l'OAI du 22 avril 2010 est bien fondée.

E. 10

Le recours est donc rejeté. Le recourant sera par ailleurs condamné à un émolument de 200 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI).

A/1844/2010 - 29/29 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :