

GE_GERICHTE A/1459/2014 vom 3. Februar 2016

GE Cour de justice, 2016-02-03, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1459_2014

FR: GE_GERICHTE A/1459/2014 du 3 février 2016

IT: GE_GERICHTE A/1459/2014 del 3 febbraio 2016

Erwägungen

E. 15

novembre 2013 consid. 5.2 et les références). Selon la jurisprudence (ATF 115 V 403 consid. 5), lorsque l'accident est insignifiant (l'assuré s'est par exemple cogné la tête ou s'est fait marcher sur le pied) ou de peu de gravité (il a été victime d'une chute banale), l'existence d'un lien de causalité adéquate entre cet événement et d'éventuels troubles psychiques peut, en règle générale, être d'emblée niée. Selon l'expérience de la vie et compte tenu des connaissances actuelles en matière de médecine des accidents, on peut en effet partir de l'idée, sans procéder à un examen approfondi sur le plan psychique, qu'un accident insignifiant ou de peu de gravité n'est pas de nature à provoquer une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. L'événement accidentel n'est ici manifestement pas propre à entraîner une atteinte à la santé mentale sous la forme, par exemple, d'une dépression réactionnelle. On sait par expérience que de tels accidents, en raison de leur importance minimale, ne peuvent porter atteinte à la santé psychique de la victime. Dans l'hypothèse où, malgré tout, des troubles notables apparaîtraient, on devrait les attribuer avec certitude à des facteurs étrangers à l'accident, tels qu'une prédisposition constitutionnelle. Dans ce cas, l'événement accidentel ne constituerait en réalité que l'occasion pour l'affection mentale de se manifester. Lorsque l'assuré est victime d'un accident grave, il y a lieu, en règle générale, de considérer comme établie l'existence d'une relation de causalité entre cet événement et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. D'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, un accident grave est propre, en effet, à entraîner une telle incapacité. Dans ces cas, la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique se révélera la plupart du temps superflue. Sont réputés accidents de gravité moyenne les accidents qui ne peuvent être classés dans l'une ou l'autre des catégories décrites ci-dessus. Pour juger du caractère adéquat du lien de causalité entre de tels accidents et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique, il ne faut pas se référer uniquement à l'accident lui-même. Il sied bien plutôt de prendre en considération, du point de vue objectif, l'ensemble des circonstances qui sont en connexité étroite avec l'accident ou qui apparaissent comme des effets directs ou indirects de l'événement assuré. Ces circonstances constituent des critères déterminants dans la mesure où, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, elles sont de nature, en liaison avec l'accident, à entraîner ou aggraver une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. Pour admettre l'existence du lien de causalité en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut donc prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa; ATF 115 V 403 consid. 5c/aa): - 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. Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 129 V 407 consid. 4.4.1 et les références; ATF 115 V 133 consid. 6c/aa). Dans un tel cas, la jurisprudence considère que quatre des critères précités doivent être réunis (arrêt du Tribunal fédéral 8C_897/2009 du 29 janvier 2010, consid. 4.5, arrêt du Tribunal fédéral 8C_487/2009 du 7 décembre 2009, consid. 5). Dans le cas d'un accident de gravité moyenne proprement dit, la réalisation de trois des critères est suffisante (arrêt du Tribunal fédéral BGE 134 V 109 du 3 mai 2012 consid. 6.2.2, arrêt du Tribunal fédéral 8C_897/2009 du 29 janvier 2010, consid. 4.5).

6. En l'espèce, les problématiques du lien de causalité naturelle entre l'accident assuré et les éventuels troubles psychiques du recourant encore existant au jour de la décision querellée et, partant, de la valeur probante du rapport de la CRR, peuvent rester ouvertes étant donné que la causalité adéquate doit de toute manière être niée pour les motifs suivants. >[endif]>[if> À titre liminaire, force est de constater que le cas du recourant doit être examiné en application des critères définis à l'ATF 115 V 133 , en tenant compte des seuls troubles physiques consécutifs à l'accident assuré. En effet, l'intensité du traumatisme cranio-cérébral subi par le recourant n'a pas atteint le seuil de la contusion cérébrale pour que les critères de l'ATF 117 V 359 , applicables notamment en cas de traumatisme cranio-cérébral, trouvent application (commotion cérébrale selon le rapport de sortie du centre hospitalier de Bienne du 26 mars 2008 ; traumatisme cranio-cérébral léger selon le rapport de la CRR du 14 juillet 2009). En outre, l'état de stress post-traumatique, initialement diagnostiqué, ne fait pas partie du tableau clinique usuel en matière de traumatisme cranio-cérébral. Enfin, l'état de stress post-traumatique et, par la suite, l'état dépressif, sont apparus plus d'un an après l'accident assuré. Pour tous ces motifs, il convient d'examiner le lien de causalité adéquate entre les éventuels troubles psychiques et l'accident assuré au regard des critères de l'ATF 115 V 133 en tenant compte uniquement des troubles physiques.

a. Cela étant précisé, il y a désormais lieu de qualifier l'accident en question. Compte tenu du déroulement de l'événement en cause (choc avec un véhicule s'engageant depuis la gauche à un céder le passage non respecté à une vitesse de 70 à 80 km/h) et au vu des précédents jurisprudentiels en la matière (pour mémoire : ont notamment été qualifiés de gravité moyenne un choc frontal entre deux voitures – arrêt du Tribunal administratif du 2 septembre 1997, un piéton renversé par une voiture avec traumatisme crânien – arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 128/03), l'accident du 16 mars 2008 doit à l'évidence être rangé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne stricto sensu, sans être à la limite des accidents graves. D'ailleurs, le recourant ne le prétend pas.

b L'accident devant être considéré comme étant de gravité moyenne stricto sensu , au moins trois des critères jurisprudentiels doivent être remplis, un seul étant toutefois suffisant s'il revêt une intensité particulière.

b/aa. La survenue d'un accident de gravité moyenne présente toujours un certain caractère impressionnant pour la personne qui en est victime, ce qui ne suffit toutefois pas en soi à conduire à l'admission de ce critère. Or, en l'espèce, objectivement considéré et au vu des précédents jurisprudentiels en la matière, l'événement du 16 mars 2008 n'a pas eu un

l'assuré est invalide (art. 8 LPGGA) à 10 % au moins par suite d'un accident, il 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'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGGA et 4 al. 1 LAI). 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 LPGGA).

b. La notion d'invalidité, définie à l'art. 8 LPGGA, est en principe identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité. L'art. 8 al. 1 LPGGA précise qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGGA). 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 LPGGA).

c. Pour déterminer le revenu sans invalidité avant un accident, il faut rechercher quelles sont les possibilités de gain d'un assuré censé utiliser pleinement sa capacité de travail. Lorsqu'on peut partir de l'idée que l'assuré aurait continué son activité professionnelle sans la survenance de l'atteinte à la santé, on prendra en compte le revenu qu'il obtenait dans le poste occupé jusqu'alors, adapté à l'évolution des salaires (arrêt du Tribunal fédéral 8C_708/2007 du 21 août 2008, consid. 5.5; RAMA 2006 n° U 568 p. 66, consid. 2).

d. S'agissant de la fixation du revenu d'invalide, ce n'est pas le fait que l'assuré mette réellement à profit sa capacité résiduelle de travail qui est déterminant, mais bien plutôt le revenu qu'il pourrait en tirer dans une activité raisonnablement exigible. Le caractère raisonnablement exigible d'une activité doit être évalué de manière objective, c'est-à-dire qu'on ne peut simplement tenir compte de l'appréciation négative par l'assuré de l'activité en cause. En application de ce principe, la jurisprudence admet très largement le caractère exigible d'une activité (Ulrich MEYER, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG*, 2^{ème} éd., p. 294ss). Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, la jurisprudence considère que le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de statistiques salariales (ATF 126 V 75, consid. 3b), singulièrement à la lumière de celles figurant dans l'enquête suisse sur la structure des salaires, publiée par l'Office fédéral de la statistique (ATF 124 V 321, consid. 3b/aa), ou de données salariales résultant de descriptions de postes de travail (DPT). 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. Si l'assureur n'est pas en mesure de satisfaire à ces exigences de procédure, on ne peut pas se référer aux DPT (ATF 129 V 472 consid. 4.2). Les éventuelles objections de l'assuré sur le choix et sur la représentativité des DPT dans le cas concret doivent être soulevées, en principe, durant la procédure d'opposition. Lorsque le revenu d'invalide est déterminé sur la base des DPT, une réduction du salaire, eu égard au système même des DPT, n'est ni justifié ni admissible (ATF 129 V 472 consid. 4.3 ; arrêt du

Tribunal fédéral des assurances I 471/04 du 16 juin 2005 consid. 3.3). En l'absence de descriptifs de postes de travail recueillis conformément aux exigences jurisprudentielles, il convient pour déterminer le revenu d'invalidé de se fonder sur les salaires qui ressortent des enquêtes statistiques officielles (ESS ; ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). Est alors déterminante la valeur centrale de la statistique des salaires bruts standardisés (ATF 124 V 323 consid. 3b/bb ; VSI 1999 p. 182). 8. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou d'autres spécialistes doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 , consid. 4; ATF 115 V 133 , consid. 2). 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 LPGA), 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 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 (ATF 125 V 351 , consid. 3; ATF 122 V 157 , consid. 1c). c. 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. Ainsi, lorsqu'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 permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 , consid. 3b/bb). d. Un rapport de surveillance ne constitue pas, à lui seul, un fondement sûr pour constater les faits relatifs à l'état de santé ou la capacité de travail de la personne assurée. Il peut tout au plus fournir des points de repère ou entraîner certaines présomptions. Seule l'évaluation par un médecin du matériel d'observation peut apporter une connaissance certaine des faits pertinents (ATF 137 I 327 consid. 7.1 p. 337; arrêt 8C_434/2011 du 8 décembre 2011 consid. 4.2). Cette exigence d'un regard et d'une appréciation médicale sur le résultat de l'observation permet d'éviter une évaluation superficielle et hâtive de la documentation fournie par le détective privé (voir à ce sujet Margit Moser-Szeless, La surveillance comme moyen de preuve en assurance sociale, RSAS 57/2013 p. 129 ss, plus spécialement p. 152). L'évaluation du médecin est faite sur la base du résultat des mesures de surveillance, sans qu'il soit nécessaire d'ordonner dans tous les cas une expertise médicale. Il appartient en effet à l'assureur social ou au juge d'apprécier la portée du produit d'une surveillance en fonction du principe de la libre appréciation des preuves (Moser-Szeless, op.cit., p. 153; voir aussi l'arrêt 8C_830/2011 du 9 mars 2012 consid. 6.5). (8C_779/2012 arrêt du 25 juin

2013). e. 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).

f. La procédure est régie par le principe inquisitoire, d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; VSI 1994 p. 220 consid. 4). Car si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 261 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 372 consid. 3; RAMA 1999 n° U 344 p. 418 consid. 3). 9. En l'espèce, la SUVA s'est notamment fondée sur le rapport de la CRR du 18 juin 2012, complété le 17 janvier 2014, pour mettre un terme au versement des indemnités journalières avec effet au 31 décembre 2012 et reconnaître un taux d'invalidité de 14%.

a. En premier lieu, le recourant semble contester la valeur probante du rapport des médecins de la CRR dès lors qu'il remet en question les limitations fonctionnelles retenues. Force est de constater que le rapport de la CRR du 18 juin 2012, complété le 17 janvier 2014, remplit sur les plans formel et matériel toutes les exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document : il contient un résumé du dossier, une anamnèse détaillée, les indications subjectives du recourant, des observations cliniques, ainsi qu'une discussion générale du cas, et ses conclusions, qui résultent d'une analyse complète de la situation médicale, sont claires, bien motivées et convaincantes. Dans un tel cas, lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète, il faut, pour la contester, faire état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions. En d'autres termes, il faut faire état d'éléments objectifs précis qui justifieraient, d'un point de vue médical, d'envisager la situation selon une perspective différente ou, à tout le moins, la mise en œuvre d'un complément d'instruction (voir notamment l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 6.2.3). Or, en l'espèce, on peut considérer que le recourant se limite tout au plus à contester de manière générale les conclusions de l'expertise sans faire état d'éléments objectivement vérifiables. Par conséquent, il y a lieu de reconnaître une pleine valeur probante au rapport d'expertise de la CRR et de considérer que le recourant peut travailler dès le 1^{er} janvier 2013 à 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues.

b. En deuxième lieu, le recourant invoque le fait qu'il doit régulièrement faire des pauses de 5 à 10 minutes chaque heure de sorte qu'il convient de réduire sa capacité de travail de 17% à ce seul titre (8 x 10 mn = 80 minutes de pause ; 80/480 = 16,666%, arrondi à 17% ; soit 10 minutes de pause, toutes les heures pendant 8 heures). Cet argument ne saurait être suivi pour les motifs suivants : - Lorsque les médecins indiquent une fourchette à l'intérieur de laquelle se

situe la capacité de travail résiduelle, on se réfère généralement à la valeur médiane (voir arrêt du Tribunal fédéral I 822/04 du 21 avril 2005 consid. 4.4 et les références citées). Dans la mesure où la durée totale des pauses correspond à la diminution de rendement et que celle-ci détermine la capacité de travail résiduelle, il y a lieu d'appliquer, par analogie, la jurisprudence précitée et de retenir la valeur médiane de 7,5. Selon l'art. 15 al. 1 let. b de la loi sur le travail (loi fédérale sur le travail dans l'industrie, l'artisanat et le commerce du 13 mars 1964 (LTr - RS 822.11), le travail sera interrompu par des pauses d'au moins une demi-heure, si la journée de travail dure plus de sept heures. Par conséquent, une des pauses préconisées par les médecins de la CRR se recouvre déjà avec la pause légalement prévue par l'art. 15 al. 1 let. b LTr. Dans le même ordre d'idées, la pause après la dernière heure de travail se recouvre avec la fin de journée de l'assuré, de sorte qu'elle ne peut être prise en considération. Ainsi, le recourant peut prendre au total 6 pauses supplémentaires pendant sa journée de travail. Par conséquent, si l'on part de l'idée que le recourant prend chaque jour six pauses de 7,5 minutes, son travail est réduit de 45 minutes, soit de 9,5%. Cela étant, même si la chambre de céans devait retenir la capacité de travail en prenant en considération six pauses supplémentaires et non huit, elle renoncerait, comme elle en a la faculté, à une reformatio in pejus vu la faible différence avec le taux retenu par la SUVA (12,5 %) (cf. ATF 119 V 249). c/aa. En troisième lieu, le recourant conteste le revenu avec invalidité retenu par la SUVA, considérant qu'un ouvrier dans sa situation réaliserait, à plein temps, un salaire mensuel de CHF 3'690.- selon les statistiques. À titre liminaire, la chambre de céans rappelle qu'en l'absence d'un revenu effectivement réalisé, la jurisprudence considère que le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de statistiques salariales figurant dans l'ESS ou de données salariales résultant des DPT. Toute autre manière d'établir un revenu avec invalidité n'est donc pas conforme à la jurisprudence. Dans le cas d'espèce, l'intimée a appliqué la méthode des DPT. Il convient donc d'examiner si elle a respecté la jurisprudence lors du calcul du revenu d'invalidité. Dans la décision sur opposition querellée, la SUVA a retenu cinq postes dans les cantons de Vaud et Genève, à savoir les numéros 429983 (collaborateur de production), 6637 (chauffeur-livreur), 7239 (distributeur de messagerie), 9135 (technicien en télécommande) et 822 (caissier). Ces DPT ont été établies en fonction des conditions salariales valables en 2012, année de l'ouverture du droit à la rente. Les différentes activités retenues respectent les limitations fonctionnelles du recourant. Les DPT prises en considération par l'intimée ne requièrent par ailleurs aucune formation particulière, hormis des initiations/formations internes d'une durée de deux semaines à douze mois qui paraissent, au vu du travail demandé, tout à fait à la portée du recourant. L'intimée a en outre précisé que 242 postes entraient en considération eu égard aux limitations fonctionnelles dont souffre le recourant et à la région retenue et a mentionné les salaires minimum (CHF 41'505.-), maximum (CHF 73'899.-) et moyen (CHF 55'706.-). Quant au revenu annuel moyen des cinq DPT retenues, il s'élève à CHF 56'464.80 et est 1,4 % au-dessous de la moyenne des salaires moyens des 242 postes pouvant entrer en considération de sorte qu'il est suffisamment représentatif (voir arrêt du Tribunal fédéral 8C_72/2008 du 26 juin 2008, dans lequel le salaire moyen des cinq DPT, supérieur de 4% à la moyenne des salaires moyens, a été considéré comme étant représentatif). Au vu de ce qui précède, il n'y a aucune raison de s'écarter des DPT retenues. c/bb. La chambre de céans relève encore que si les DPT retenues devaient être écartées, il conviendrait d'effectuer un calcul sur la base des statistiques salariales. Un tel calcul ne conduirait cependant pas à un résultat plus avantageux pour le recourant, dès lors qu'en se fondant sur l'ESS 2010, le salaire de référence pour quarante heures de travail par

semaine est celui des hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé pour un niveau de qualification 4 (tableau TA1), soit CHF 4'901.- x 12 mois soit CHF 58'812.- par an. Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de 40 heures, durée inférieure à la moyenne en 2010 (41,6 heures hebdomadaires selon l'Office fédéral de la statistique), ce montant devait être adapté et porté à un montant annuel de CHF 61'164,50 (CHF 58'812.- : 40 x 41,6). Ce montant devait être encore ajusté à l'indexation des salaires 2011 (+ 1 %) et 2012 (+ 0,8 %) ce qui conduirait à un revenu d'invalidé de CHF 62'270,35. Même avec un abattement de 10 % afin de tenir compte des limitations fonctionnelles, on parviendrait à un revenu d'invalidé de CHF 56'043.30.

Comparé au revenu sans invalidité de CHF 57'667.-, il en résulterait un taux d'invalidité de 2.81 % ($[57'667.- - 56'043.30] : 57'667.- \times 100 = 2.81 \%$), arrondi à 3 % (ATF 130 V 121), ce qui est largement inférieur au degré d'invalidité reconnu par la SUVA. Quoiqu'il en soit, la chambre de céans considère qu'il n'y a pas lieu de s'écarter des DPT (cf. consid. 11 c/bb supra). 10. En dernier lieu, le recourant invoque sa situation du point de vue de la sécurité sociale en France pour justifier une invalidité plus importante que celle retenue par l'intimé. Cela étant, force est de constater que les pièces produites par le recourant relatives à l'allocation de retour à l'emploi (ARE) et à la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) permettent de considérer que le recourant est apte à occuper un emploi adapté dans le milieu ordinaire du travail. En effet, le recourant a bénéficié d'une ARE pour la période du 4 février 2013 au 11 mai 2013 et à nouveau du 19 juillet au 14 septembre 2014. Du 12 mai 2013 au 18 juillet 2014, il a bénéficié d'une allocation de formation ARE. L'ARE est un revenu de remplacement versé par Pôle Emploi sous certaines conditions, aux personnes inscrites comme demandeurs d'emploi et involontairement privés d'emploi. Or, pour bénéficier des prestations de Pôle Emploi (l'équivalent en France de l'assurance-chômage suisse), le requérant doit remplir plusieurs conditions et, notamment être à la recherche d'un emploi de façon effective et permanente (sauf cas de dispense liée à l'âge), être physiquement apte à l'exercice d'un emploi (cette condition est présumée satisfaite dès lors qu'une personne est inscrite sur la liste des demandeurs d'emploi ; en cas d'incertitude ou de contestation de la condition d'aptitude, il appartient au préfet du département de statuer sur l'aptitude physique de l'intéressé), (<http://travail-emploi.gouv.fr/emploi/etre-indemnie/article/allocation-d-aide-au-retour-a-l-emploi-are>; <http://www.pole-emploi.fr/candidat/les-conditions-d-attribution-de-l-aide-au-retour-a-l-emploi-@/article.jsp?id=60580>).

Suite à une demande de la part du recourant, la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) a rendu, le 3 décembre 2013, une décision de RQTH et une décision d'orientation professionnelle, dont il ressort que son état de santé et ses capacités de travail lui permettraient de rechercher un emploi en milieu ordinaire de travail. Le recourant devait s'adresser à l'agence locale d'Annemasse de Pôle Emploi. Le 22 mai 2014, la CDAPH a rendu une décision de formation professionnelle dont il ressort qu'une formation de technicien en organisation contrôle qualité et métrologie auprès du centre de rééducation professionnelle (formation qualifiante) était octroyée. Selon l'art. L5213-1 du Code français du travail, est considéré comme travailleur handicapé toute personne dont les possibilités d'obtenir ou de conserver un emploi sont effectivement réduites par suite de l'altération d'une ou plusieurs fonctions physique, sensorielle, mentale ou psychique. La qualité de travailleur handicapé est reconnue par la CDAPH. Cette reconnaissance s'accompagne d'une orientation vers un établissement ou service d'aide par le travail, vers le marché du travail ou vers un centre de rééducation professionnelle (art.

L5213-2). La demande de RQTH doit être faite auprès de la CDAPH, laquelle peut ne pas reconnaître la qualité de travailleur handicapé et conclure, soit à l'impossibilité d'accéder à tout travail soit, à l'inverse, à la possibilité d'accéder normalement à un travail (absence de handicap reconnu). La RQTH permet d'avoir accès à un ensemble de mesures mises en place pour favoriser l'insertion professionnelle des personnes handicapées (<http://www.emploi.gouv.fr/dispositif/reconnaissance-qualite-travailleur-handicape-rqth>), notamment sous forme de stage de rééducation (reclassement). Toutes les entreprises privées d'au moins vingt salariés ont notamment l'obligation d'employer des personnes handicapées à temps plein ou partiel dans la proportion de 6 % de leur effectif total. Par conséquent, tant le versement de l'ARE que la décision de RQTH démontrent que le recourant est apte à exercer, sur le marché ordinaire de l'emploi, une activité adaptée à son état de santé. Le fait que la qualité de travailleur handicapé lui ait été reconnue lui permet en réalité de bénéficier de certaines mesures, telles que notamment le stage de rééducation auquel il participe actuellement. Cela ne donne cependant aucune information sur l'importance de son invalidité et ne lie en aucun cas l'intimée. 11. Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :
Statuant A la forme :

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