

GE_GERICHTE A/1679/2012 vom 26. Juni 2013

GE Cour de justice, 2013-06-26, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1679_2012

FR: GE_GERICHTE A/1679/2012 du 26 juin 2013

IT: GE_GERICHTE A/1679/2012 del 26 giugno 2013

Erwägungen

E. 4

ème Chambre En la cause Monsieur L_____, domicilié à GENEVE, représenté par ASSUAS Association suisse des assurés recourant contre ALLIANZ SUISSE SOCIETE D'ASSURANCES SUR LA VIE SA, sise Hohlstrasse 552, ZÜRICH intimée EN FAIT

1. Monsieur L_____ (ci-après l'assuré), né en 1973, de nationalité marocaine, était employé, conformément au contrat de durée déterminée qui les liait, en qualité d'aide de cuisine auprès de l'E.M.S. X_____ (ci-après : l'employeur) du 1^{er} janvier au 30 juin 2007. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès d'ALLIANZ SUISSE (ci-après : l'assureur). 2. Le 17 juin 2007, au cours d'un déménagement, l'assuré s'est blessé à la main droite. L'accident a entraîné un traumatisme de cette main et une incapacité de travail totale dès cette date, selon le rapport initial du 10 juillet 2007 du Dr A_____, de la Permanence de Cornavin SA. 3. L'employeur a, par déclaration du 25 juin 2007, annoncé le cas à l'assureur, qui a servi des indemnités journalières pour la période du 20 au 30 juin 2007 (voir décompte du 26 juillet 2007). L'assureur n'a, par la suite, versé aucune indemnité journalière entre le 1^{er} juillet 2007 et le 9 janvier 2008, l'assuré n'ayant consulté aucun médecin ayant attesté d'une incapacité de travail pendant cette période (voir courrier du 9 septembre 2008). 4. Le 10 janvier 2008, l'assuré a consulté le Dr B_____, chirurgien orthopédique FMH, spécialiste en chirurgie de la main. Selon le rapport du même jour, il souffrait d'une instabilité médio-carpienne entre la première et la deuxième rangée des os du carpe, probablement due à une rupture des ligaments pyramido-lunaires. 5. L'assureur a repris le versement des indemnités journalières dès le 10 janvier 2008. 6. Par rapport du 23 janvier 2008, le Dr B_____ a confirmé le diagnostic posé le 10 janvier 2008, précisant encore que le risque évolutif de ce type de lésion était une arthrose radio-carpienne, raison pour laquelle il avait proposé de réaliser une arthrodèse pyramido-lunaire. Ce type d'intervention s'exposait cependant à plusieurs problèmes et il était très difficile de donner une garantie de fusion et de bons résultats. Enfin, le Dr B_____ a estimé que, s'agissant du poignet dominant du patient, une adaptation ou un reclassement professionnel devait très probablement être envisagé. 7. Le Dr B_____ a encore confirmé le diagnostic de lésion ligamentaire du poignet avec instabilité dans ses rapports des 7 février et 11 avril 2008, dans lesquels il a également fait état d'une incapacité de travail depuis le 17 juin 2007, respectivement le 10 janvier 2008. 8. Le 8 avril 2008, l'assuré a subi l'arthrodèse pyramido-lunaire suggérée par le Dr B_____, avec greffon cortico-spongieux prise au dépend du radius avec résection du nerf interosseux postérieur. 9. Par courrier du 2 septembre 2008 adressé au médecin-conseil de l'assureur, le Dr B_____ a précisé que cinq mois après son intervention, les radiographies objectivaient une fracture du matériel au niveau d'une vis

ainsi qu'une consolidation avec cliniquement une absence d'instabilité médio-carpienne. L'assuré devait récupérer sa force après une période de six mois à un an. Aucun traitement particulier n'avait été proposé, le médecin recommandant cependant un reclassement professionnel. L'assuré était en arrêt pour cause d'accident depuis le 10 janvier 2008. Une reprise d'activité à 100% était suggérée pour le 1^{er} octobre 2008, ce qui laissait le temps à l'assuré pour organiser au plus vite le dossier de l'assurance-invalidité pour une formation et un reclassement, éventuellement une expertise pour la détermination d'une rente.!

10. Dans un courrier du 9 septembre 2008 répondant à une demande de l'assuré, l'assureur a informé ce dernier qu'il ne pouvait lui verser des indemnités journalières pour la période du 1^{er} juillet 2007 au 10 janvier 2008, dans la mesure où il n'avait pas consulté de médecin ayant certifié une incapacité de travail pendant cette période. Selon le rapport de la PERMANENCE DE LA TOUR, il devait consulter un spécialiste de la main, ce qu'il n'a fait que le 10 janvier 2008, de sorte que la prise en charge de l'incapacité de travail prenait effet dès cette date.!

11. L'assuré n'a pas pu reprendre d'activité en octobre 2008, en raison des limitations fonctionnelles et des vives douleurs à son poignet droit.!

12. Le 21 octobre 2008, l'assuré a consulté le Dr C _____, spécialiste FMH en chirurgie de la main, qui a diagnostiqué une pseudarthrose luno-triquétrale droite et a prescrit la poursuite de l'arrêt de travail à 100%. Il lui a également proposé une intervention chirurgicale avec ablation du matériel d'ostéosynthèse et du scaphoïde, et arthrodèse médiocarpienne selon la technique dite des « quatre coins ».!

13. Le 7 mai 2009, l'assuré a subi l'intervention préconisée par le Dr C _____, à savoir une ablation du matériel d'ostéosynthèse (AMO) et plus précisément de la plaque et de la visse cassée au niveau du carpe droit ainsi qu'une résection de la première rangée du carpe droit. Cette intervention, initialement prévue pour le 8 janvier 2009, a en effet dû être repoussée à trois reprises avant d'être réalisée.!

A teneur du protocole opératoire relatif à l'intervention précitée, les diagnostics étaient les suivants : pseudarthrose après arthrodèse luno-triquétrale droite avec rupture du matériel (plaque biothèque 2 trous), arthrose médio-carpienne capito-lunaire et triquéro-hamate, chondropathie de stade III radio-lunaire droite, arthrose stylo-scaphoïdienne droite débutante (SLAC WRIST Stade II à III) et status post-luno-triquétrale droite.

14. Selon un rapport du 28 octobre 2009 du Dr C _____, l'assuré se plaignait d'une douleur styloïde radiale et de l'absence de force. Le diagnostic donné par le médecin précité était celui d'arthrose « four corner » du poignet droit. Le dommage résiduel consistait en une raideur et l'absence de force.!

15. Le 16 novembre 2009, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'OFFICE DE L'assurance-invalidité de Genève (ci-après : OAI) visant à l'octroi de mesures de réadaptation professionnelle.!

16. Dans son rapport à l'attention de l'OAI daté du 21 décembre 2009, le Dr C _____ a rappelé les diagnostics d'ores et déjà posés à savoir ceux de pseudarthrose après arthrodèse luno-triquétrale droite après rupture du matériel ; arthrose médio-carpienne capito-lunaire et triquéro-hamate droite, chondropathie de stade III radio-lunaire droite et arthrose stylo-scaphoïdienne droite débutante. L'assuré était totalement incapable de travailler dans son activité habituelle d'aide cuisinier, et ce jusqu'à reconversion professionnelle dans une activité de bureau ou de surveillance, le patient souffrant d'une importante limitation fonctionnelle du poignet droit, soit l'impossibilité de soulever une charge supérieure à 10 kg. !

17. Par rapport du 5 janvier 2010, le Dr C _____ a repris ses précédentes conclusions, notamment en ce qui concerne la réadaptation dans une nouvelle profession, et a conclu à

une incapacité de travail de 100% dès le 17 juin 2007 dans l'activité d'aide-cuisinier.

18. Le 16 juin 2010, l'OAI a refusé toute prestation en faveur de l'assuré, retenant que dans une activité adaptée (simple et répétitive) ne nécessitant pas de diplôme, il pouvait avoir une capacité de gain supérieure à celle qu'il avait auparavant de sorte que le degré d'invalidité, calculé conformément à la méthode de la comparaison des revenus était nul et n'ouvrait le droit à aucune prestation. Si à la fin du délai de carence (juin 2008), le degré d'invalidité se confondait avec la perte de gain, soit 100 %, il n'en allait pas de même dès le 1^{er} janvier 2010, date à laquelle l'assuré présentait une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée. Ainsi, dans la mesure où le versement des prestations ne pouvait intervenir que le 1^{er} mai 2010 au plus tôt, date à laquelle l'assuré ne présentait plus aucun degré d'invalidité, la demande de prestations devait être rejetée.

19. Par décision du 12 juillet 2010, l'assureur-accidents a mis un terme à la prise en charge du traitement médical (sauf éventuel traitement d'ergothérapie à raison de neuf séances si toujours en cours à cette date) et au versement des indemnités journalières avec effet au 30 avril 2010, laissant toutefois ouverte la question de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

20. Dans son courrier du 13 juillet 2010 adressé au Conseil de l'assuré, le Dr C _____ a fait état d'une chondropathie dégénérative radio-carpienne ainsi que d'une arthrose sévère luno-capitate du poignet droit. L'évolution après une résection de la première rangée des os du carpe était difficile avec une perte de la force et un enraidissement du poignet. Jusqu'à la fin de l'année 2009, l'assuré avait retrouvé des périodes de repos sans douleurs mais depuis, il avait présenté à plusieurs reprises des épisodes de tendinite du fléchisseur radial du carpe, ayant notamment nécessité une infiltration, ce qui avait été suivi d'une lente amélioration mais qui avait toujours pour conséquence une limitation de la force. Il était vraisemblable que l'assuré ne pût plus exercer des activités manuelles et seule une activité administrative pouvait encore lui être confiée. La capacité de travail dans sa profession d'aide cuisinier était nulle et il se verra limité dans le rendement dans toute activité demandant le port de charges supérieures à 5 kg. Concernant l'atteinte à l'intégrité, elle était évaluée entre 15 et 25%.

21. Le 13 août 2010, l'assuré a interjeté recours auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales (TCAS), alors compétent, concluant, avec suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision rendue par l'OAI le 16 juin 2010 (voir supra ch. 18), à l'octroi de mesures d'ordre professionnel et d'une rente entière de l'assurance-invalidité à partir du 1^{er} mai 2010.

22. Dans un rapport intermédiaire du 6 septembre 2010, le Dr C _____ a posé le diagnostic de résection de la première rangée du carpe de la main droite et a précisé que l'assuré continuait à ressentir de vives douleurs par intermittence. Un reclassement professionnel était suggéré.

23. Par écriture du 13 septembre 2010, l'assuré s'est opposé à la décision de l'assureur du 12 juillet 2010 (voir supra ch. 19), concluant à la prise en charge des suites de l'événement du 17 juin 2007 au-delà du mois d'avril 2010, au versement de prestations de l'assurance-accidents au-delà du mois d'avril 2010, à l'octroi d'une rente d'invalidité à partir du mois de mai 2010 et à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 25%.

24. Dans le cadre de la procédure d'opposition, l'assureur a mandaté le Dr D _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, pour expertise.

A la demande de ce médecin, un examen tomoscintigraphique « SPECT » osseux partiel avec un complément d'examen tomodensitométrie a été effectué le 29 novembre 2010. A teneur du compte-rendu y relatif, aucune maladie de Südeck n'a été mise en évidence. Une unique altération hyperactive intense et bien délimitée a cependant été constatée, ce qui était le signe d'une

souffrance osseuse péri-articulaire en regard de l'arthrose décrite radiologiquement entre le radius et le grand os. A cela s'ajoutaient un remaniement osseux avec irrégularité de la surface de l'EDR et de la glène radiale, ce qui faisait suspecter un ancien traumatisme, ainsi qu'une très probable synovite chronique dans ce contexte post-traumatique, post-opératoire et dégénératif avec de multiples corps libres intra-articulaires. Selon le rapport du 13 décembre 2010, les diagnostics retenus par le Dr D _____ étaient les suivants : limitation fonctionnelle très douloureuse du poignet droit avec importante diminution de la force, arthrose et instabilité de la néo-articulation radio-capitate du poignet droit ; status après entorse luno-triquérale du poignet droit le 17 juin 2007, tentative infructueuse d'arthrodèse luno-triquérale le 8 avril 2008, arthrose post-traumatique, puis résection de la première rangée des os du carpe le 7 mai 2009 sans amélioration ; arthrose carpo-métacarpienne du cinquième rayon de la main droite sur vraisemblable ancienne fracture de la base du cinquième métacarpien droit méconnue. Pour l'expert, l'état somatique du poignet droit de l'assuré était très vraisemblablement en lien de causalité naturelle avec l'accident du 17 juin 2007, aucun facteur étranger ne jouant un rôle dans la mesure où la tomoscintigraphie SPECT osseuse du 29 novembre 2010 avait permis d'exclure la participation significative de l'arthrose carpo-métacarpienne du cinquième rayon dans les troubles actuels du poignet droit. Le Dr D _____ a également retenu que le patient était totalement inapte à travailler comme cuisinier, même à temps partiel. Un travail de surveillance, tel que celui qui était envisagé par l'AI, semblait tout à fait adapté. De même, selon l'expert, si le poste de travail était bien adapté, un rendement complet pouvait être envisagé. Une intervention chirurgicale était proposée afin d'espérer, au mieux, une diminution des douleurs et une augmentation de l'habileté manuelle de la main droite. Néanmoins, avec ou sans l'intervention chirurgicale, le patient devait être considéré apte à reprendre une activité professionnelle adaptée, pour autant qu'elle ne nécessitât pas d'efforts ni de mouvements répétitifs du poignet droit. Enfin, le Dr D _____ estimait l'atteinte à l'intégrité à 15 %.

25. Par décision du 24 janvier 2011, l'assureur a octroyé une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15%, correspondant à un montant de 16'020 fr.

26. Dans un courrier du 15 avril 2011, le Dr C _____ a déclaré partager, dans les grandes lignes, l'avis exprimé par le Dr D _____ dans son expertise du 13 décembre 2010. Il a toutefois estimé que l'arthrodèse totale du poignet droit était prématurée chez l'assuré qui était encore jeune, raison pour laquelle il suggérait une arthroplastie par bille de pyrocarbone.

27. Par arrêt du 15 juin 2011 (ATAS/637/2011), la Cour de céans, qui a repris, dès le 1er janvier 2011, les procédures pendantes par devant le TCAS, a partiellement admis le recours de l'assuré dirigé contre la décision de l'OAI (voir supra ch. 21) et a renvoyé la cause à ce dernier pour mise en œuvre d'une mesure d'orientation professionnelle, confirmant la décision du 16 juin 2010 pour le surplus. Sur le fond, la Cour de céans a notamment considéré que le rapport d'expertise du Dr D _____ répondait à tous les réquisits jurisprudentiels permettant de lui attribuer pleine valeur probante et qu'en prenant en considération, dans le cadre de la comparaison des revenus, un revenu sans invalidité de 53'274 fr. et un revenu avec invalidité de 55'197 fr. après un abattement de 10%, le taux d'invalidité était nul. Cet arrêt, non contesté, est entré en force.

28. L'appréciation du Dr C _____ du 15 avril 2011 (voir supra ch. 26) a été soumise au Dr D _____ qui s'est prononcé par courrier du 29 août 2011. Selon l'expert mandaté par l'assureur, l'arthroplastie par bille de pyrocarbone était une alternative reconnue, cependant relativement récente par rapport à d'autres interventions chirurgicales. Chaque méthode présentait des avantages et des inconvénients.

L'arthrodèse radio-carpienne était naturellement enraidissante mais résistait aux efforts, alors que l'arthroplastie prothétique donnait peut-être une meilleure mobilité, étant toutefois probablement plus fragile. Il n'y avait donc ni indication ni contre-indication absolue et le choix de la méthode dépendait tant de la préférence du patient que du chirurgien.

29. Par décision du 30 avril 2012, l'assureur a partiellement admis l'opposition, acceptant de mettre un terme à la prise en charge des frais de traitement et au versement des indemnités journalières avec effet au 30 avril 2010 et niant le droit à une rente d'invalidité. A l'appui de sa décision, l'assureur a notamment considéré que le recourant ne présentait aucune invalidité après comparaison des revenus avec et sans invalidité telle qu'effectuée par la Cour de céans dans son arrêt du 15 juin 2011 (voir supra ch. 27).

30. Par écriture du 31 mai 2012, l'assuré (ci-après : le recourant) a interjeté recours contre la décision sur opposition du 30 avril 2012, concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision sur opposition précitée, à la constatation de son droit à des indemnités journalières pour la période du 17 juin 2007 au 30 avril 2010 et à leur paiement, à la constatation de son droit à une rente d'invalidité d'au moins 10% à compter du 1^{er} mai 2010.

A l'appui de ses conclusions, le recourant explique notamment qu'il n'a perçu aucune indemnité journalière entre le 1^{er} juillet 2007 et le 9 janvier 2008 puis à nouveau du 1^{er} au 30 avril 2010. Il conteste la décision de l'assurance lui refusant le paiement des indemnités concernant la première période précitée car il n'a pas consulté de médecin attestant d'une incapacité de travail, alors que selon les pièces du dossier, son incapacité de travail était en lien avec le sinistre survenu le 17 juin 2007. Le recourant rappelle en outre qu'il est totalement incapable de travailler dans son ancienne activité d'aide cuisinier et qu'il ne pourra vraisemblablement exercer qu'une activité légère, de sorte que de nombreuses activités professionnelles, notamment dans la vente (caissier par exemple), dans la livraison, les activités de magasinier ou encore de nettoyeur, qui ne nécessitent aucune formation, lui sont déconseillées. Partant, en retenant un abattement global de 25% en raison de ses limitations fonctionnelles, de son grand handicap et de son manque de formation, il y a lieu de retenir qu'il présente un degré d'invalidité d'au moins 10% ce qui lui donne droit à une rente d'invalidité correspondante.

31. Par courrier du 9 juillet 2012, le recourant a expliqué, pièces à l'appui, les motifs pour lesquels l'intervention a dû être repoussée par trois fois.

32. Le 28 août 2012, l'assureur a adressé au recourant un décompte de prestations, à teneur duquel des indemnités journalières lui seront versées pour le mois d'avril 2010.

33. Dans sa réponse du 31 août 2012, l'assureur (ci-après l'intimé) a conclu à l'irrecevabilité des conclusions du recourant, tendant au versement d'indemnités journalières entre le 1^{er} juillet 2007 et le 9 janvier 2008 et au rejet pour le surplus.

A l'appui de sa position, l'intimé allègue qu'il a expliqué au recourant, par courrier du 9 septembre 2008, les raisons pour lesquels il n'a pas alloué de prestations pour la période du 1^{er} juillet 2007 au 9 janvier 2008. Or, ce courrier doit être considéré comme une décision ayant acquis force de chose jugée du fait de l'absence de contestation de la part du recourant. Quand bien même ledit courrier ne devait pas être qualifié de décision, le recourant devait solliciter une décision formelle dans le délai d'un an. Enfin, dans la mesure où dans son opposition le recourant ne prenait aucune conclusion portant sur le versement d'indemnités journalières pendant la période litigieuse précitée mais qu'il concluait uniquement à la poursuite du versement des prestations au-delà du mois d'avril 2010, la décision sur opposition ne se prononçait que sur cette seule question, à savoir la continuation des prestations. Fort de ce qui précède, l'intimé estime que les conclusions du recourant tendant au versement d'indemnités journalières entre le 1

er juillet 2007 et le 9 janvier 2008 doivent donc être déclarées irrecevables. Sur le fond, l'intimé indique qu'il a remédié à son omission et versé les indemnités journalières dues pour le mois d'avril 2010. S'agissant de la rente d'invalidité, il procède à la comparaison des revenus en retenant un revenu sans invalidité de 49'159 fr. 60 en 2010 (soit un revenu mensuel de 3'894 fr. 75, annualisé et indexé selon l'indice suisse des salaires nominaux) et, à titre de revenu avec invalidité, le montant de 55'247 fr. (revenu statistique selon l'enquête suisse des salaires nominaux (ESS) pour 2008, actualisé selon l'indice des salaires nominaux pour 2010), voire de 55'180 fr. (ESS 2010) en tenant compte d'un abattement de 10%. Relevant que le revenu d'invalidité est quoi qu'il en soit supérieur au revenu de valide, l'intimé considère que c'est à juste titre qu'il a nié le droit du recourant à une rente d'invalidité. 34. Une audience de comparution personnelle des parties s'est tenue le 31 octobre 2012. Entendu à cette date, le recourant a confirmé ses conclusions, à savoir le versement des indemnités journalières pour la période de juillet 2007 à janvier 2008 et l'octroi d'une rente d'invalidité. Il a également expliqué que durant les six mois pendant lesquelles les indemnités journalières n'avaient pas été versées, il était en traitement pour un abcès dentaire et qu'un conseiller de l'assureur était venu le voir à la maison par deux fois. L'intimé n'avait pas rendu de décision à propos de cette période mais le conseiller lui avait confirmé qu'il allait percevoir des indemnités journalières dès son accident. Il avait toujours contesté la position de l'intimé concernant le non-paiement des indemnités journalières, son précédent conseil ayant, pense-t-il, demandé une prise de position à l'assureur qui n'a cependant jamais rendu de décision formelle. Tant le Dr B _____ que le Dr C _____ avaient confirmé qu'il était en arrêt pour cause d'accident depuis juin 2007. Depuis le mois d'avril 2010, il n'avait plus eu de traitement pour la main mais il prenait encore des antidouleurs pour ses autres problèmes, ce qui agissait également sur la main. Le recourant a enfin expliqué les raisons pour lesquelles aucun traitement n'avait eu lieu jusqu'au mois de janvier 2008. Pour sa part, l'intimé a considéré que les conclusions du recourant, tendant à l'octroi d'indemnités journalières de juillet 2007 à janvier 2008 ne faisaient pas partie de l'objet du litige, aucune décision sur opposition n'ayant été rendue à ce propos. Le médecin traitant avait attesté de la fin du traitement mais ne s'était pas prononcé sur une reprise du travail, envoyant le recourant à l'Hôpital de la Tour pour la suite du traitement. A la connaissance de l'intimé, il n'y avait eu aucun arrêt de travail pour cette période. 35. Le recourant réplique par écriture du 28 novembre 2012, persistant dans ses conclusions, y compris dans celles en paiement des indemnités journalières pour la période du 1^{er} juillet 2007 au 9 janvier 2008. Il explique notamment qu'un inspecteur des sinistres était venu le voir deux mois après l'accident et qu'il avait pu constater qu'il était toujours incapable de travailler, de sorte qu'il lui avait confirmé que son cas serait pris en charge dès le début du sinistre. A titre de preuve, le recourant produit une copie de la carte de visite de cet inspecteur. Le recourant allègue également avoir souffert d'autres problèmes de santé tels qu'un kyste à la bouche, ayant nécessité un traitement dentaire depuis juin 2007, et une varicelle, raison pour laquelle il n'avait pas pu consulter un spécialiste de la main plus rapidement. Partant, il était incapable de travailler depuis le 17 juin 2007, de sorte que les indemnités journalières devaient être versées pour la période postérieure. Pour le surplus, il rappelle qu'il présente une invalidité totale dans son ancienne activité d'aide cuisinier, qu'il est très limité et que le traitement pour son poignet avait momentanément pris fin, de sorte qu'il persiste dans sa demande tendant à l'octroi d'une rente d'invalidité. Il explique également qu'il souffre d'autres atteintes à la santé comme cela ressort des pièces qu'il fournit. 36. Par duplique

du 7 janvier 2013, l'intimé persiste dans ses conclusions. ![endif]>![if] Concernant la période du 1^{er} juillet 2007 au 9 janvier 2008, l'intimé considère que le recourant n'a pas réagi au courrier du 9 septembre 2008, par lequel il lui expliquait les motifs pour lesquels il ne lui avait pas versé d'indemnités journalières, de sorte qu'il n'a pas agi dans le délai d'un an prévu par la jurisprudence. L'intimé conteste également la date à laquelle son inspecteur des sinistres serait passé à la maison voir le recourant, date qu'il situe en réalité le 14 février 2008. 37. Sur ce, la cause a été gardée à juger.![endif]>![if] EN DROIT 1.

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA; RS 832.20).![endif]>![if] Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.![endif]>![if] Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3). 3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours a été déposé en temps utile.![endif]>![if] 4. Le litige porte d'une part sur le droit du recourant au versement d'indemnités journalières pour la période du 1^{er} juillet 2007 au 8 janvier 2008 et d'autre part sur le taux d'invalidité du recourant.![endif]>![if] 5. Dans un premier temps, il y a lieu d'examiner la recevabilité des conclusions tendant au paiement des indemnités journalières entre le 1^{er} juillet 2007 et le 9 janvier 2008.![endif]>![if] a/aa) Selon l'art. 49 al. 1 à 3 LPGA, l'assureur doit rendre par écrit les décisions qui portent sur des prestations, créances ou injonctions importantes ou avec lesquelles l'intéressé n'est pas d'accord (al. 1). Si le requérant rend vraisemblable un intérêt digne d'être protégé, l'assureur rend une décision en constatation (al. 2). Les décisions indiquent les voies de droit. Elles doivent être motivées si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. La notification irrégulière d'une décision ne doit entraîner aucun préjudice pour l'intéressé (al. 3). Aux termes de l'art. 51 LPGA, les prestations, créances et injonctions qui ne sont pas visées à l'art. 49, al. 1, peuvent être traitées selon une procédure simplifiée (al. 1). L'intéressé peut exiger qu'une décision soit rendue (al. 2). a/bb) La distinction entre la procédure prévue par l'art. 49 et celle de l'art. 51 LPGA s'effectue de la manière suivante : il y a décision uniquement dans le cas où le document est qualifié de tel ou s'il contient, au moins, une indication des voies de droit. Si une décision présente un défaut, ses conséquences seront alors examinées conformément à l'art. 49 al. 3 LPGA. Si le courrier, dans lequel l'assureur fait valoir sa position, ne respecte pas les conditions précitées, il ne peut être qualifié de décision de sorte que la procédure ne doit pas tendre à la notification d'une décision sur opposition mais à celle d'une décision (ATF non publié 8C_738/2008 du 26 mars 2008). a/cc) La loi ne précise pas dans quel laps de temps l'intéressé doit déclarer son désaccord avec le mode de règlement choisi par l'administration conformément à l'art. 51 al. 2 LPGA. Mais, d'après la jurisprudence, on contreviendrait aux principes de l'équité et de la sécurité du droit si l'on considérait comme sans importance, du point de vue juridique, une renonciation - expresse ou tacite - à des prestations. On peut en effet attendre

de la personne qui n'admet pas une certaine solution, et qui entend voir statuer sur ses droits dans un acte administratif susceptible de recours, qu'elle fasse connaître son point de vue dans un délai d'examen et de réflexion convenable (ATF 126 V 23 consid. 4b p. 24; RAMA 1990 no K 835 p. 82 consid. 2a et les références; arrêt K 172/04 du 13 mars 2006). En règle générale, ce droit s'éteint une année après que l'assureur a fait connaître sa volonté de manière simplifiée. Un délai plus long entre éventuellement en considération lorsque l'assuré pouvait croire de bonne foi que l'assureur poursuivrait l'élucidation de l'affaire et n'avait pas encore pris de décision définitive; cette hypothèse concerne surtout l'assuré profane en droit et dépourvu de conseil juridique. Si l'assuré ne respecte pas ce délai, ordinaire ou prolongé, il perd son droit de demander une décision formelle afin de recourir contre celle-ci, et la volonté communiquée de façon simplifiée lui est désormais opposable (ATF 134 V 145).

b) Conformément à l'art. 52 al. 1 LPGA, les décisions peuvent être attaquées dans les trente jours par voie d'opposition auprès de l'assureur qui les a rendues, à l'exception des décisions d'ordonnancement de la procédure, celles-ci étant directement attaques devant les tribunaux cantonaux des assurances (ATF du 8 mai 2007 I 915 /2006). Selon la jurisprudence, l'opposition constitue une sorte de procédure de reconsidération qui confère à l'autorité ayant statué la possibilité de réexaminer sa décision avant que le juge ne soit éventuellement saisi. Il s'agit d'un véritable «moyen juridictionnel» ou «moyen de droit» (ATF 125 V 121 consid. 2a; 118 V 185 consid. 1a et les références). A ce titre, l'opposition doit être motivée, faute de quoi elle manque son but, lequel est d'obliger l'assureur à revoir sa décision de plus près (ATF 118 V 186 consid. 2b). En d'autres termes, il doit être possible de déduire des moyens de l'opposant une argumentation dirigée contre le dispositif de la décision et susceptible de mener à sa réforme ou à son annulation (ATF 102 Ib 372 consid. 6; RCC 1988 p. 486 sv. consid. 3a; Ghélew/Ramelet/Ritter, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents, p. 285). Il appartient donc à l'assuré de déterminer l'objet et les limites de sa contestation, l'assureur devant alors examiner l'opposition dans la mesure où sa décision est entreprise (ATF 123 V 130 consid. 3a; 119 V 350 consid. 1b). Le principe de l'obligation d'invoquer les griefs, qui vaut en règle générale également dans la procédure d'opposition, pose ainsi une limite au principe de l'application du droit d'office. L'administration n'a à examiner la décision litigieuse que dans la mesure où elle est attaquée ou qu'elle donne lieu à un contrôle sur la base des griefs des parties ou d'après les indices ressortant des pièces (ATF 119 V 347 -351; RAMA 1997 295-297).

c) Conformément aux art. 56 al. 1 et 60 al. 1 LPGA, les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours dans un délai de 30 jours. Dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1, ATF 125 V 414 consid. 1a, ATF 119 Ib 36 consid. 1b; pour la procédure d'opposition: ATF 119 V 347). Toutefois, la procédure juridictionnelle administrative peut être étendue, pour des motifs d'économie de procédure, à une question en état d'être jugée qui excède l'objet de la contestation, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun, et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins (ATF 130 V 503 , 122 V 36 consid. 2a et les références). Les conditions auxquelles un élargissement

du procès au-delà de l'objet de la contestation est admissible sont donc les suivantes: la question (excédant l'objet de la contestation) doit être en état d'être jugée; il doit exister un état de fait commun entre cette question et l'objet initial du litige; l'administration doit s'être prononcée à son sujet dans un acte de procédure au moins; le rapport juridique externe à l'objet de la contestation ne doit pas avoir fait l'objet d'une décision passée en force de chose jugée (ATF non publié 9C_678/2011 du 4 janvier 2012, consid. 3.1). d/aa) En l'espèce, les 26 juillet 2007 et 30 avril 2008, l'intimée a adressé au recourant des décomptes de prestations portant sur les périodes du 20 au 30 juin 2007, respectivement du 10 janvier au 30 avril 2008. Par décomptes successifs, le recourant a été informé du versement d'indemnités journalières jusqu'au 31 mars 2010. Le 9 septembre 2008, l'intimé a fait suite à un courrier du recourant du 2 septembre 2008 et lui a expliqué que, dans la mesure où il n'avait jamais consulté de médecin ayant pu certifier une incapacité de travail entre le 1^{er} juillet 2007 et le 9 janvier 2008, il considérait que l'incapacité de travail ne pouvait débuter qu'à partir de cette dernière date. Par décision du 12 juillet 2010, l'intimé a mis un terme au versement des indemnités journalières avec effet au 30 avril 2010. Dans son opposition du 13 septembre 2010, le recourant a contesté la suppression du versement des indemnités journalières et a sollicité le remplacement de ces dernières prestations par une rente d'invalidité dès le 1^{er} mai 2010. Par décision sur opposition du 30 avril 2012, l'intimé a persisté dans les termes de sa décision du 12 juillet 2010 et confirmé la fin du versement des prestations avec effet au 30 avril 2010. Dans son écriture du 31 mai 2012, le recourant a non seulement conclu au versement des indemnités journalières entre le 1^{er} juillet 2007 et le 9 janvier 2008 mais également à l'octroi d'une rente d'invalidité de 10% au moins dès le 1^{er} mai 2010. La question qui se pose, dans un premier temps, est celle de savoir si la décision sur opposition querellée porte également sur le versement d'indemnités journalières pour la période courant du 1^{er} juillet 2007 au 9 janvier 2008. Force est cependant de constater que la décision du 12 juillet 2010 et l'opposition du 13 septembre 2010 ne portaient que sur la date à laquelle il était mis fin au versement des indemnités journalières de sorte que la décision sur opposition querellée ne pouvait concerner que cette même problématique. Ainsi, dans la mesure où le défaut de versement d'indemnités journalières entre le 1^{er} juillet 2007 et le 9 janvier 2008 n'a jamais été contesté avant le recours du 31 mai 2012, la décision sur opposition querellée ne peut porter sur cette problématique qui sort dès lors de l'objet du litige. d/bb) Reste à examiner si l'objet du litige peut être étendu à la question de la suppression des indemnités journalières entre le 1^{er} juillet 2007 et le 9 janvier 2008 comme le demande le recourant. Dans ce contexte, force est de constater que, contrairement à ce que prétend l'intimée, le courrier du 9 septembre 2008 ne constitue pas une décision : en effet, il n'est pas qualifié comme tel et il ne contient pas non plus l'indication des voies de droit. Il s'agit donc d'une communication rendue conformément à la procédure simplifiée. Dans la mesure où il entendait ne pas verser de prestations pendant la période précitée, l'intimé aurait cependant dû adresser – en bonne et due forme – une décision au recourant. Cela étant, conformément à la jurisprudence, le recourant disposait d'un délai d'une année pour contester l'application de la procédure simplifiée et solliciter la notification d'une décision formelle. Le dossier ne comporte toutefois aucun élément permettant de considérer que le recourant aurait agi dans le délai précité. Dans la mesure où le recourant n'a pas réagi dans le délai d'un an après la réception du courrier du 9 septembre 2008, il perd son droit de demander une décision formelle afin de recourir contre celle-ci, et la volonté communiquée de façon simplifiée lui est désormais opposable. Partant, la question de la suppression des indemnités journalières étant entrée en force, il n'y a pas lieu

d'étendre l'objet du litige et les conclusions en paiement des indemnités journalières doivent être déclarées irrecevables. 6. Reste à examiner si le recourant a droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents pour les suites de son accident.!

a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. 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 LPGGA; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références). b/aa) Conformément à l'art. 18 al. 1^{er} LAA, si 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). De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008). Il y a encore lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (ATFA non publié I 654/00 du 9 avril 2001, consid. 1). b/bb) 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 entrent en ligne de compte pour l'assuré (ATF 126 V 288 consid. 2). 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. Cela n'a cependant pas pour conséquence de les libérer de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité. Un assureur ne peut se contenter de reprendre simplement et sans plus ample examen le taux d'invalidité fixé par l'autre assureur, car un effet obligatoire aussi étendu ne se justifierait pas (ATF 133 V 549 consid. 6; 131 V 362 consid. 2.2). c/aa) 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). 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 (c'est-à-dire entre le projet de décision et la décision elle-même), doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 consid. 4.1, 128 V 174). c/bb) Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'assuré. Il correspond au revenu effectivement réalisé par l'intéressé pour autant que les rapports de travail apparaissent particulièrement stables, qu'en exerçant l'activité en question celui-ci mette pleinement en valeur sa capacité résiduelle de

travail raisonnablement exigible et encore que le gain ainsi obtenu corresponde à son rendement effectif, sans comporter d'éléments de salaire social. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, la jurisprudence considère que le revenu d'invalide peut être évalué sur la base des statistiques salariales (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1; 126 V 75 consid. 3b/aa). c/cc) Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381, consid. 2a). 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 129 V 222, consid. 4.3.1).

7. a) 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).

b) 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).

8. a) En l'espèce, toutes les parties s'accordent sur le fait que le recourant n'est plus apte à exercer son activité habituelle d'aide-cuisinier et que seules des activités légères, n'impliquant pas d'efforts ni de mouvements répétitifs du poignet droit, sont désormais exigibles. En réalité, seul le taux d'abattement est contesté par le recourant qui estime qu'il devrait être de 25%.

b) Comme indiqué précédemment, la Cour de céans a déjà eu l'occasion d'examiner, dans son arrêt du 15 juin 2011 (ATAS/637/2011 du 15 juin 2011), le taux d'invalidité présenté par le recourant en 2010. Les atteintes ayant motivé le dépôt de la demande de prestations de l'OAI étaient celles causées par l'accident assuré. La Cour de céans avait alors retenu un revenu sans invalidité de 53'274 fr., montant ressortant du formulaire pour employeur dûment rempli le 27 novembre 2009, et un revenu avec invalidité de 55'197 fr., après abattement de 10%. Ce taux avait été considéré comme étant adéquat compte tenu des circonstances personnelles et notamment du fait que le recourant était encore jeune et qu'il ne présentait que quelques mois de service auprès de son dernier employeur. Après comparaison des revenus, la Cour de céans était arrivée à la conclusion que le taux d'invalidité présenté par le recourant était nul.

c) Dans sa décision sur opposition, l'intimé explique avoir retenu un revenu annuel sans invalidité de 49'159 fr. 60 en 2010, ce qui correspond à un revenu annuel de 46'737 fr. (soit 12 x 3'894 fr. 75, montant ressortant de la déclaration d'accident du 25 juin 2007) indexé selon l'indice suisse des

salaires nominaux. L'assureur précise également qu'il n'a pas pris en considération le salaire indiqué par le précédent employeur dans le questionnaire fourni à cet effet, dans la mesure où le montant y figurant était fondé sur l'hypothèse que l'assuré aurait continué à travailler pour celui-ci alors qu'il était établi que tel n'était pas le cas, puisque le recourant était au bénéfice d'un contrat à durée déterminée. Quant au salaire avec invalidité retenu par l'assurance, il s'élevait à 55'197 fr. et correspondait à celui retenu par la Cour de céans dans son arrêt du 15 juin 2011 après abattement de 10%. Dans sa réponse du 31 août 2012, l'assureur a modifié le montant du revenu avec invalidité pris en considération, expliquant qu'une erreur s'était glissée dans les calculs de la Cour de céans et qu'il conviendrait donc de retenir un revenu avec invalidité de 55'247 fr., après abattement. Il a encore complété ses considérations en précisant qu'en appliquant les ESS 2010, le salaire avec invalidité aurait été de 55'180 fr., après abattement. d) Même si le revenu sans invalidité n'est pas contesté par le recourant, il y a tout de même lieu de le déterminer dès lors que deux montants différents ont été articulés (49'159 fr. 60 pour l'assureur et 53'274 fr. pour la Cour de céans). L'intimé prétend qu'on ne peut prendre en considération le revenu sans invalidité hypothétique tel que mentionné dans le questionnaire pour l'employeur dès lors qu'il est établi que le recourant, au bénéfice d'un contrat de durée déterminée, n'aurait quoi qu'il en soit plus occupé ce poste en 2010. La prise en considération de ce montant par la Cour de céans est certes erronée, dans la mesure où le contrat de durée déterminée aurait vraisemblablement pris fin le 30 juin 2007. Cependant, on ne peut pas non plus suivre l'intimé lorsqu'il prend en considération le revenu sans invalidité indiqué sur la déclaration d'accident, indexé selon l'ISS. En effet, ce faisant, il part également de l'hypothèse que le recourant aurait continué à occuper son poste en 2010, ce qui n'aurait manifestement pas été le cas. En réalité, dans un tel cas, à défaut de disposer de renseignements concrets fiables sur ce gain au moment de la décision, le revenu hypothétique doit être évalué sur la base des statistiques salariales telles qu'elles résultent de l'ESS. On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant sur la médiane ou valeur centrale (voir ATFA non publié I 138/04 du 20 janvier 2005, consid. 4.2.4). Ainsi, le salaire mensuel brut auquel pouvaient prétendre en 2010 les hommes effectuant des activités simples et répétitives (niveau de qualification 4) dans le domaine de la restauration était de 3'895 fr., soit 46'740 fr. par année. Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de 40 heures, durée inférieure à la moyenne usuelle dans le domaine de la restauration en 2010 (42 heures hebdomadaires selon OFS), ce montant doit être adapté et porté à un montant annuel de 49'077 fr. (46'740 : 40 x 42). A noter que selon la demande de prestations de l'assurance-invalidité, le recourant n'a pas terminé son apprentissage et il n'est pas au bénéfice d'un certificat fédéral de capacité. Partant, il n'y a pas lieu de retenir qu'il disposait de connaissances professionnelles spécialisées. d) S'agissant de l'importance de l'abattement, force est de constater que le taux invoqué par le recourant (25%) est disproportionné au vu de la jurisprudence : l'assuré est encore jeune et il n'a présenté que quelques mois de service auprès de son dernier employeur, de sorte que ces critères ne peuvent entrer en considération. Il en va de même du manque de formation professionnelle, qui ne peut être considéré comme un critère déterminant au regard de la nature des activités encore exigibles. Enfin, le recourant est arrivé en Suisse à l'âge de 17 ans. Selon le curriculum vitae figurant au dossier, il a suivi les cours dispensés par l'Ecole de culture générale (ECG) entre 1990 et 1992, avant de faire un apprentissage – cependant non terminé – de cuisinier à l'Hôtel Y_____ entre 1992 et 1995. Il a également suivi une école de langue et du commerce entre 1997 et 1998. Ainsi, le critère des difficultés

linguistiques n'entre pas non plus en considération dans le cas d'espèce. Partant, il n'y a pas lieu de s'écarter du taux d'abattement de 10% retenu par la Cour de céans dans son arrêt du 15 juin 2010 et par l'intimé dans la décision sur opposition querellée. e) En prenant en considération les montants corrigés articulés précédemment, force est de constater, conformément à la méthode de comparaison des revenus, que la perte de gain du recourant est nulle, le salaire avec invalidité (55'180 fr.) étant supérieur au salaire sans invalidité (49'077 fr.) de sorte que c'est à juste titre que l'intimé a refusé de mettre le recourant au bénéfice d'une rente, ce dernier ne présentant aucune invalidité, étant rappelé que l'invalidité est une notion économique et non médicale. 9. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. Pour le surplus, la procédure est gratuite. 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.