

GE_GERICHTE A/17/2016 vom 30. Juni 2016

GE Cour de justice, 2016-06-30, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_17_2016

FR: GE_GERICHTE A/17/2016 du 30 juin 2016

IT: GE_GERICHTE A/17/2016 del 30 giugno 2016

Erwägungen

E. 5

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié c/o M. B_____, à GENÈVE, représenté par ASSUAS Association suisse des assurés recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Monsieur A_____, né le _____ 1974 et originaire de l'Éthiopie, est entré en Suisse en février 1997. Du 21 mai 2002 au 31 mai 2011, il a travaillé en tant qu'aide de cuisine. 2. Le 10 août 2010, il s'est tapé le genou contre un chariot de vaisselle, ce qui a provoqué une tuméfaction locale, ainsi qu'un hématome au niveau du bas de la cuisse et du genou. Suite à cet accident, l'intéressé était en incapacité totale de travailler. 3. Dans son rapport du 21 octobre 2010, le docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, s'est dit frappé par un épanchement important et une très importante synovite au genou gauche sur l'IRM. Il n'y avait pas de lésion traumatique franche. En dépit du traitement anti-inflammatoire et de physiothérapie, la situation stagnait complètement. 4. Dans son rapport du 3 février 2011 à l'attention de l'assureur-accidents, le Dr C_____ a constaté qu'il n'y avait plus d'épanchement, mais une atrophie résiduelle. Il a conseillé la physiothérapie. La reprise du travail a été fixée à 50 % depuis le 24 janvier et à 100 % depuis le 14 février 2011. 5. En mai 2011, l'intéressé a requis des prestations de l'assurance-invalidité. 6. Sur mandat de l'assureur-accidents, l'assuré a été soumis en septembre 2011 à une expertise par le docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, avec l'aide d'un interprète. Dans son rapport du 26 septembre 2011, l'expert a diagnostiqué une fracture du plateau tibial externe avec discret enfoncement, ainsi qu'une contusion et un hématome des tissus mous péri-articulaires du genou gauche, en rapport avec l'accident. La lésion sous-chondrale du plateau tibial externe d'aspect dégénératif n'était pas en rapport avec cet événement. L'incapacité de travail était justifiée en raison des douleurs et des troubles fonctionnels objectifs (démarche, déficits fonctionnels) et de la profession. Une reprise de l'ancienne activité paraissait peu probable. Un travail sédentaire et des mesures de l'assurance-invalidité étaient souhaitables. Quant aux traitements médicaux susceptibles d'améliorer l'état de santé, l'expert a proposé une biopsie pour exclure une maladie sous-jacente. Si ce bilan était négatif, un curetage de la lésion avec greffe osseuse devrait être réalisé, pour autant que la surface articulaire fût encore suffisamment saine. Une ostéotomie de varisation pourrait également être discutée. Ces mesures entraîneraient une incapacité de travail d'au moins six mois après l'intervention. L'expert a par ailleurs estimé qu'une nouvelle évaluation serait nécessaire dans un délai de quatre à six mois, après que les investigations complémentaires et les mesures thérapeutiques proposées auront été entreprises. Dans les plaintes, l'expert a mentionné des douleurs et des épanchements récidivants, sans facteurs déclenchants, entraînant des limitations fonctionnelles en particulier pour la marche. L'assuré ne se sentait

pas sûr de son membre inférieur, ce qui avait déjà provoqué quelques chutes bénignes. Il avait marché avec une canne jusqu'au début août 2011. La marche était limitée à environ dix minutes et se faisait avec boiterie. La descente des escaliers était douloureuse. Il se plaignait également de douleurs nocturnes et en position assise prolongée (plus d'une heure). Il y avait une discrète amyotrophie (cuisse, mollet) et un épaississement de l'articulation du genou gauche. L'accident avait provoqué une aggravation durable d'un état pathologique antérieur d'origine inconnue. Sans cet état antérieur, le status quo sine aurait dû être retrouvé au 1^{er} janvier 2011. Au vu des lésions préexistantes, le status quo sine ne sera vraisemblablement jamais retrouvé. ![endif]>![if> 7. Par décision du 5 janvier 2012, l'assureur-accidents a mis fin à ses prestations à compter du 1^{er} janvier 2012 en raison de la non-collaboration de l'assuré.![endif]>![if> 8. Dans le questionnaire pour le médecin-conseil de l'Hospice général, reçu par celui-ci le 27 janvier 2014, la doctoresse E_____ a répondu que l'assuré présentait une capacité de travail totale dans une activité adaptée, tel que chauffeur de taxi. Sa capacité de travail était nulle dans la précédente profession. Concernant la demande de prestations auprès de l'assurance-invalidité, ce médecin a considéré que cette demande avait uniquement pour but d'obtenir la prise en charge de cours ou de stages. Elle a également mentionné que l'assuré avait probablement des capacités intellectuelles suffisantes, ayant suivi le collège en Ethiopie. En priorité, il devait apprendre le français, puis faire des stages professionnels. Des cours de taxi pourraient être envisagés, étant précisé que l'assuré parlait l'anglais. Il était très motivé, car il se sentait très désœuvré. Concernant les capacités fonctionnelles, une activité en position assise et debout pendant une heure, ainsi que l'alternance des positions était possible. L'assuré devait éviter les positions à genoux et accroupie. La marche était possible pendant trente minutes. Il fallait enfin éviter un travail en hauteur ou sur échelles et les déplacements sur sols irréguliers ou en pente.![endif]>![if> 9. L'assuré n'ayant pas donné suite aux convocations et sommations de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (OAI), celui-ci lui a adressé le 1^{er} février 2012 un dernier délai au 29 suivant, afin de le contacter pour convenir d'un nouveau rendez-vous et de coopérer activement lors des examens. ![endif]>![if> 10. En juin 2015, l'assuré a été soumis à une expertise par le docteur F_____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne, avec l'aide d'un traducteur. Dans son rapport du 25 septembre 2015, l'expert a posé le diagnostic de gonalgies gauches sur une gonarthrose modérée post-traumatique depuis août 2010. Il y avait des limitations fonctionnelles pour le port de charges de plus de 25 kg, les positions à genoux, monter et descendre des échelles ou d'échafaudages. L'assuré devait également changer de position toutes les deux heures. Sa capacité de travail était de 100 % depuis août 2011 dans son activité habituelle, si les limitations fonctionnelles étaient respectées, ou une activité adaptée. L'assuré ne suivait actuellement pas de traitement, à l'exception occasionnellement d'un antidouleur, et n'avait pas consulté de médecin depuis 2011. Il ne semblait ainsi pas que la pathologie du genou le handicapait, puisqu'il ne jugeait pas nécessaire de suivre un traitement médical. Il se plaignait toutefois de douleurs au niveau du genou gauche s'il marchait beaucoup ou s'il restait immobile plus de deux heures. Les douleurs augmentaient avec le froid. Selon les observations de l'expert, l'assuré se déplaçait sans difficulté, montait les escaliers avec facilité, s'habillait et se déshabillait sans aucune gêne. Durant l'entretien avec l'expert, il n'avait pas dû se lever. Dans l'anamnèse, il est mentionné que l'assuré avait été indemnisé par l'assureur-accidents pendant douze mois, puis par l'assurance perte de gain du dernier employeur. Il n'avait pas repris d'activité professionnelle depuis l'accident et était pris en charge par l'Hospice général. ![endif]>![if>

11. Dans son avis médical du 29 septembre 2015, la doctoresse G_____ du service médical régional pour la Suisse romande de l'assurance-invalidité (SMR) a considéré que l'assuré avait une capacité de travail totale dans une activité adaptée. Le début de l'aptitude à la réadaptation était août 2010 (sic).!endif>!if> 12. Le 7 octobre 2015, l'OAI a procédé au calcul de la perte de gain et constaté que celle-ci était nulle.!endif>!if> 13. Le même jour, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision de refus de rente d'invalidité au motif que, selon les renseignements médicaux recueillis, il pouvait exercer toute activité lucrative à temps complet sur le marché équilibré du travail dès l'issue du délai de carence légal en août 2011.!endif>!if> 14. Par courrier du 6 novembre 2015, l'assuré a contesté ce projet de décision, dès lors qu'il ne pouvait plus porter des charges lourdes et se déplacer, comme cela était exigé dans son métier d'aide-cuisinier. Il n'avait pas de formation lui permettant de faire un autre métier moins physique. Selon son médecin, il était toujours incapable de travailler, car les douleurs au genou l'en empêchaient. En effet, dès qu'il marchait, son genou se remplissait de liquide et enflait. Cette situation constituait un handicap pour une vie normale privée et professionnelle. Même faire les courses était devenu un calvaire. Enfin, son état de santé était incurable. !endif>!if> 15. Par décision du 17 novembre 2015, l'OAI a confirmé son projet de décision précédent. !endif>!if> 16. Par acte du 5 janvier 2016, l'assuré a recouru contre cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente et des autres prestations de l'assurance-invalidité, sous suite de dépens. Il présentait d'importantes limitations et était de ce fait incapable de reprendre une activité professionnelle à 100 %. !endif>!if> 17. Le 11 avril 2016, l'assuré a complété son recours, en persistant dans ses conclusions. Il a mis en exergue ses limitations fonctionnelles et le fait qu'il ne retrouvera plus une entière capacité fonctionnelle de son genou gauche, ce qui le rendait fortement invalide. L'ancienne activité d'aide-cuisinier était devenue impossible, contrairement à ce qu'avait retenu l'intimé. Cela était par ailleurs confirmé par le Dr D_____. L'intimé avait ainsi fortement minimisé l'influence de ses troubles de la santé sur la capacité de travail. !endif>!if> 18. Dans sa réponse du 10 mai 2016, l'intimé a conclu au rejet du recours, en se fondant essentiellement sur l'expertise du Dr F_____. Il a notamment relevé que, selon cet expert, le recourant n'était plus suivi par un médecin, prenait épisodiquement du Dafalgan et ne faisait pas de physiothérapie. Par ailleurs, si cet expert a retenu que le recourant avait une capacité de travail entière dans une activité habituelle, il a précisé que ce n'était qu'à condition que les limitations fonctionnelles soient respectées. Quant au Dr D_____, il ne s'était prononcé que sur la capacité de travail dans l'activité habituelle. Au demeurant, il indiquait qu'un travail sédentaire et des mesures de l'assurance-invalidité étaient souhaitables, ce qui confirmait une capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée. En absence d'un élément médical objectivement vérifiable qui aurait été ignoré dans le cadre de l'expertise du Dr F_____, il n'y avait pas lieu de s'écarter de celle-ci.!endif>!if> 19. Dans ses écritures du 9 juin 2016, le recourant a persisté dans ses conclusions. En plus de ses précédents arguments, il a fait valoir qu'il n'avait aucune formation et était prétérilé par la langue. Seules les activités légères lui étaient permises et la palette d'activités professionnelles sans aucune qualification professionnelle ne lui était pas ouverte. Ainsi, la reprise d'une activité professionnelle adaptée ne serait possible qu'après des mesures de reclassement. Quant au calcul du degré d'invalidité, il devait être effectué en tenant compte des salaires pratiqués dans le canton de Genève pour des activités précises qui restaient à déterminer par le service de réadaptation. Le recourant semblait par ailleurs mettre en cause la valeur probante du rapport du Dr F_____ en ce que celui-ci

avait retenu une capacité de travail exigible dans une activité habituelle, alors que le Dr D_____ avait considéré qu'il ne retrouverait plus jamais l'état de santé qu'il avait avant l'accident, de sorte que la reprise de l'ancienne activité paraissait peu probable.

Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT
1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - 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-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.
2. Interjeté dans les délais et forme prescrits par la loi, le recours est recevable, compte tenu de la suspension des délais entre le 18 décembre et le 2 janvier (art. 56 ss et 38 al. 4 let. c LGPA), sous réserve de ce qui suit.
3. a. 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. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. 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 et les références citées).
b. En l'occurrence, le recourant conclut de façon large à l'octroi des prestations de l'assurance-invalidité, en particulier d'une rente d'invalidité, et fait valoir qu'il ne pourrait reprendre une activité professionnelle adaptée qu'après des mesures de reclassement. Toutefois, la décision querellée ne se prononce que sur le droit à une rente d'invalidité. Partant, le droit à d'autres prestations, notamment aux mesures d'ordre professionnel, ne fait pas l'objet du litige. La conclusion du recourant tendant à l'octroi d'autres prestations qu'une rente d'invalidité n'est pas conséquent pas recevable. Toutefois, il lui est loisible de demander à l'intimé de se prononcer également sur le droit à des mesures d'ordre professionnel.

4. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un 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.
Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI). Il y a 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

5. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement 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, à ce motif, 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 et les références).! [endif]> [if> 6. 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. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).! [endif]> [if>

7. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.! [endif]> [if> Ainsi, en principe, 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).

8. 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).! [endif]> [if>

9. En l'occurrence, le recourant a fait l'objet de deux expertises médicales. Le Dr D_____ retient une fracture du plateau tibial externe avec discret enfoncement, une contusion et un hématome des tissus mous péri-articulaires du genou gauche et une lésion sous-chondrale du plateau tibial externe d'aspect dégénératif. En septembre 2011, soit un peu plus qu'une année après l'accident, il considère que l'incapacité de travail est justifiée en raison des douleurs, des troubles fonctionnels objectifs, tels que la démarche et les déficits fonctionnels, et de la profession. La reprise de l'ancienne activité paraît peu probable et un travail sédentaire est souhaitable. Un traitement médical pourrait améliorer le résultat de la guérison.! [endif]> [if> Quant au Dr F_____, il émet le diagnostic de gonalgies gauches sur gonarthrose modérée post-traumatique. Au moment de son expertise, en juin 2015, soit presque cinq ans après l'accident, la capacité de travail est totale dans l'activité habituelle ou dans une activité adaptée depuis août 2011. Il y a des limitations fonctionnelles pour porter des charges de plus de 25 kg, se mettre à genoux et monter ou descendre les échelles ou des échafaudages. Le recourant doit par ailleurs pouvoir changer de position toutes les deux heures. Cet expert relève en outre que le recourant n'a plus

consulté de médecin depuis 2011 et qu'il ne prend qu'occasionnellement du Dafalgan. Il se plaint de gonalgies gauches augmentant avec le froid, une longue marche ou une station assise de plus de deux heures. Selon le Dr F_____, l'examen clinique est parfaitement dans la norme. Aux dires des deux experts, le recourant présente donc une année après l'accident une capacité de travail totale, du moins dans une activité adaptée, à savoir un travail respectant les limitations fonctionnelles. Il n'y a aucun élément médical contraire mettant en cause les conclusions de ces expertises, lesquelles répondent au demeurant aux réquisits jurisprudentiels en la matière. En effet, elles ont été établies en connaissance du dossier médical complet, prennent en considération les plaintes du recourant, reposent sur des examens approfondis et arrivent à des conclusions claires et motivées. Il n'y a pas non plus une contradiction entre ces deux expertises, comme le recourant veut le faire croire, dès lors que le Dr D_____ certifie uniquement une incapacité de travail dans l'activité habituelle, sans exclure pour autant une capacité de travail dans un travail sédentaire. Au contraire, il indique qu'entre autres, l'incapacité de travail est justifiée en raison de la profession du recourant, ce qui veut dire que dans une autre profession, une incapacité de travail ne pourrait pas être admise. Il précise également qu'un travail assis serait souhaitable. Quant au Dr F_____, il admet une capacité de travail dans l'ancienne activité que pour autant que les limitations fonctionnelles puissent être respectées. Il convient en outre de relever que, dans les cinq ans qui ont suivi l'accident, la situation a encore évolué vers le mieux. En effet, selon le Dr F_____, le recourant se déplace sans difficulté et monte les escaliers avec facilité. Il n'y a plus d'amyotrophie du périmètre des cuisses et mollets, alors que le Dr D_____ a constaté en septembre 2011 une discrète amyotrophie. Enfin, le recourant ne prend qu'épisodiquement un antidouleur et ne consulte plus aucun médecin en raison des problèmes de son genou. Ces éléments permettent de retenir qu'il ne souffre qu'occasionnellement de douleurs et qu'il utilise normalement sa jambe gauche. Les avis des médecins traitants rejoignent les conclusions des experts. Ainsi, le Dr C_____ fixe la reprise de travail à 100% à partir du 14 février 2011 déjà et la Dresse E_____ déclare que la capacité de travail est totale dans une activité adaptée. Selon cette praticienne, la demande de prestations de l'assurance-invalidité ne tend qu'à obtenir le cas échéant des mesures d'ordre professionnel. Les conclusions des expertises emportent par conséquent la conviction de la chambre de céans, de sorte qu'une capacité de travail totale doit être retenue, du moins dans une activité adaptée. 10. Quant à la question de savoir si le recourant pourrait reprendre sa précédente activité ou s'il doit changer d'activité, elle peut rester ouverte. En effet, dans les deux hypothèses, la perte de gain et par conséquent le degré d'invalidité sont identiques, comme cela ressort de ce qui suit. ![/endif]>![if> 11. a. 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 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b). ![/endif]>![if> Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS; ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). Avant 2012, il convient dans ce cas de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne «total secteur privé» (ATF 124 V 321

consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). Toutefois, lorsque cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu parfois de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers (secteur 2 [production] ou 3 [services]), voire à des branches particulières. Tel est notamment le cas lorsqu'avant l'atteinte à la santé, l'assuré a travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre pas en ligne de compte. En outre, lorsque les circonstances du cas concret le justifient, on peut s'écarter de la table TA1 (secteur privé) pour se référer à la table TA7 (secteur privé et secteur public [Confédération] ensemble), si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalidité et que le secteur en question est adapté et exigible (ATF 133 V 545 , et les références citées). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6; ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5). b. En cas d'absence de désignation des activités compatibles avec les limitations du recourant, le Tribunal fédéral a jugé qu'il eût été certainement judicieux que l'office AI donnât au recourant, à titre d'information, des exemples d'activités adaptées qu'il peut encore exercer, mais qu'il convient néanmoins d'admettre que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont on doit convenir qu'un nombre significatif sont adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans aucune formation particulière (arrêt du Tribunal fédéral 9C_279/2008 du 16 décembre 2008 consid. 4). c. Lorsqu'un assuré réalise un revenu sans invalidité nettement inférieur à la moyenne en raison de facteurs étrangers à l'invalidité (absence de formation, niveau linguistique insuffisant ou difficultés à trouver un travail en raison du permis de séjour), et qu'il ne désire pas s'en contenter délibérément, il convient d'effectuer un parallélisme des deux revenus à comparer, soit en augmentant de manière appropriée le revenu avant invalidité effectivement réalisé ou en se référant aux données statistiques, soit en réduisant de manière appropriée la valeur statistique du revenu d'invalidité (ATF 134 V 323 , consid. 4.1). Cette jurisprudence a été davantage précisée dans le sens que si la réalisation d'un revenu d'invalidité situé dans la moyenne apparaît comme raisonnablement possible et exigible, il n'y a pas lieu d'adapter en conséquence le revenu sans invalidité qui serait inférieur à la moyenne pour des motifs d'ordre économique (ATF 135 V 58 , consid. 3.4). Le raisonnement à l'origine de cette jurisprudence est le suivant : si un assuré en

bonne santé réalise un revenu nettement inférieur à la moyenne, en raison de sa situation personnelle qui l'empêche d'obtenir un revenu moyen, il n'y a pas lieu de penser que, atteint dans sa santé, cet assuré pourrait réaliser proportionnellement un revenu en ligne avec la moyenne statistique. Cette jurisprudence qui permet de « paralléliser » les revenus tient en substance compte du fait qu'un assuré qui en bonne santé réalise un revenu nettement inférieur à la moyenne ne pourra vraisemblablement pas, une fois invalide, réaliser le revenu statistique (ATF 135 V 58 , consid. 3.4.3). 12. a. En l'occurrence, il ne fait pas de doute que bon nombre de professions, accessibles sans formation professionnelle, respectent les limitations fonctionnelles du recourant. b. L'intimé fonde son calcul, pour le salaire d'invalide, sur le salaire médian afférant aux activités simples et répétitives ressortant des ESS 2010, indexés à 2011 et adaptés à la durée normale hebdomadaire de travail, tout en procédant à un abattement de 10% de ces salaires pour tenir compte des limitations professionnelles. Le salaire d'invalide ainsi déterminé, de CHF 55'560.-, est supérieur de 23% au salaire de CHF 42'739.- réalisé par le recourant avant son accident. Le recourant reproche à l'intimé d'avoir retenu les salaires statistiques et non pas les salaires pratiqués dans le canton de Genève pour des activités précises qui devraient être déterminées préalablement par la voie des mesures d'ordre professionnel. Comme exposé ci-dessus, il n'est en principe pas critiquable de prendre en considération des salaires statistiques à titre de salaire d'invalide, lorsque l'assuré n'a pas repris une activité professionnelle. Se pose toutefois la question de savoir s'il y a lieu d'effectuer un parallélisme des revenus avec et sans invalidité, conformément à la jurisprudence. Toutefois, cette question peut rester ouverte, dès lors qu'il appert que même en prenant en considération le même revenu pour la comparaison, la perte de gain ne s'élèverait qu'à 10%, compte tenu de l'abattement opéré par l'intimé. Il n'y a par ailleurs pas lieu d'admettre un abattement supérieur à 10%, le recourant étant encore relativement jeune et présentant, somme toute, des limitations fonctionnelles relativement légères. Or, un taux d'invalidité de 10% n'ouvre pas le droit à une rente d'invalidité. 13. Le recours sera ainsi rejeté. 14. Dans la mesure où le recourant est soutenu par l'Hospice général, la chambre de céans renonce à percevoir un émolument de justice. *** PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant

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