

GE_GERICHTE A/3757/2023 vom 20. November 2024

GE Cour de justice, 2024-11-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3757_2023

FR: GE_GERICHTE A/3757/2023 du 20 novembre 2024

IT: GE_GERICHTE A/3757/2023 del 20 novembre 2024

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), 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). Selon l'art. 58 LPGA, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (al. 1). Compte tenu du domicile genevois du recourant, la Cour de céans est compétente à raison de la matière et du lieu pour juger du cas d'espèce.

E. 2

À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

E. 3

Le 1^{er} janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Dans la mesure où le recours a été interjeté postérieurement au 1^{er} janvier 2021, il est soumis au nouveau droit (cf. art. 82 a LPGA a contrario).

E. 4

Le 1^{er} janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit du recourant aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.

E. 5

Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

E. 6

Le litige porte sur le taux d'invalidité du recourant.

E. 7

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 LPGA ; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références). La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1). Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1, ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références). Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc» ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

E. 8.1

En matière de lésions du rachis cervical par accident de type « coup du lapin », de traumatisme analogue ou de traumatisme cranio-cérébral sans preuve d'un déficit fonctionnel organique, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail ou de gain doit en principe être reconnue en présence d'un tableau clinique typique présentant de multiples plaintes (maux de têtes diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité, troubles de la vue, irritabilité, dépression, modification du caractère, etc.) (arrêt du Tribunal fédéral 8C_204/2019 du 12 mai 2020 consid. 6.1). Il faut que les troubles à la nuque ou à la colonne cervicale se manifestent dans la période de 72 heures suivant l'accident, mais il n'est en revanche pas nécessaire que les autres troubles caractéristiques du tableau clinique apparaissent dans ce laps de temps (arrêt du Tribunal fédéral 8C_450/2007 du 17 janvier 2008 consid. 6).

E. 8.2

Sont considérés comme objectivables les résultats de l'investigation médicale susceptibles d'être confirmés en cas de répétition de l'examen, lorsqu'ils sont indépendants de la personne de l'examineur ainsi que des indications données par le patient. On ne peut ainsi parler de lésions traumatiques objectivables d'un point de vue organique que lorsque les résultats obtenus sont confirmés par des investigations réalisées au moyen d'appareils diagnostiques ou d'imagerie et que les méthodes utilisées sont reconnues scientifiquement

(ATF 138 V 248 consid. 5.1). Selon la jurisprudence, la seule constatation de troubles neuropsychologiques ne suffit pas pour établir la présence d'une atteinte organique (arrêt du Tribunal fédéral 8C_427/2013 du 19 mars 2014 consid. 5.2).

E. 8.3

Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 et les références).

E. 9

La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. 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 132 V 93 consid. 4 et les références ; 125 V 256 consid. 4 et les références). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1).

E. 10

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 (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2). 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 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3). 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b). 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 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; ATF

125 V 351 consid. 3b/bb).

E. 11

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 142 V 435 consid. 1 et les références ; 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références ; cf. 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 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 135 V 39 consid. 6. 1 et la référence).

E. 12

La notion d'invalidité définie à l'art. 8 LPGA est en principe identique dans l'assurance-accidents, l'assurance militaire et l'assurance-invalidité (ATF 126 V 288 consid. 2d). Il n'en demeure pas moins que l'évaluation de l'invalidité par l'assurance-invalidité n'a pas de force contraignante pour l'assureur-accidents (ATF 131 V 362 consid. 2.3) et inversement (ATF 133 V 549 consid. 6). Ce principe s'applique également lorsque dans les deux procédures d'assurance concernant l'examen d'un éventuel droit à une rente d'invalidité, la capacité de travail résiduelle de l'assuré est évaluée de manière identique (arrêt du Tribunal fédéral 8C_530/2022 du 25 avril 2023 consid. 4.3.1).

E. 13.1

Dans le cas d'espèce, les parties s'opposent sur le degré d'invalidité retenu. Le recourant conclut à l'octroi d'une rente d'invalidité de 100%, faisant valoir que toutes ses atteintes sont liées à l'accident et l'appréciation de l'assurance-invalidité qu'il entend faire appliquer également au niveau de l'assurance-accident. De son côté, l'intimée se base sur les conclusions de ses médecins d'assurance pour considérer que seules certaines atteintes sont liées à l'accident et pour s'écarter de l'expertise réalisée auprès de N_____. La position de l'assurance-invalidité ne lui étant pas opposable.

E. 13.2

La Cour commencera dès lors par l'analyse des éléments médicaux au dossier, soit en particulier le rapport d'expertise et les appréciations des médecins d'assurance. Sans que cela soit contesté par le recourant, la Cour relèvera en premier lieu que les experts ont nié l'existence d'atteintes psychiques et relevant de la médecine interne. S'agissant du volet orthopédique, l'expert de N_____ a rejoint les conclusions des Drs G_____ et K_____, tant au niveau des limitations que de la capacité pleine et entière dans une activité adaptée. Il en découle dès lors que les volets litigieux sont les plans neuropsychologique et en particulier neurologique, lequel a conduit à retenir une capacité de travail dans une activité adaptée réduite à 40%. Cependant, comme le souligne à juste titre l'intimée, il y a lieu de rappeler à ce stade que, contrairement à l'assurance-invalidité, elle ne doit prester que pour les atteintes en lien avec l'accident d'août 2015. L'assurance-accident n'est donc pas liée par l'évaluation du degré d'invalidité réalisée dans le cadre de l'assurance-invalidité. S'agissant des troubles neuropsychologiques, il ressort du rapport de Madame T_____ que les résultats doivent être interprétés avec la plus grande prudence non seulement à cause du faible niveau scolaire du recourant, mais aussi en raison de la présence de quelques résultats

insuffisants aux tests de validation des performances avec l'impression clinique que par moment il performait au-dessous de son réel potentiel. Elle concluait à une atteinte neuropsychologique de degré léger très probablement d'étiologie mixte, psychiatrique et toxique avec une éventuelle participation non exclue de la symptomatologie douloureuse et de la prise de médicament. Pour rappel, dans son rapport du 2 février 2021, la Dre I_____ concluait : « Chez ce patient jeune connu pour des facteurs de risque cardio-vasculaires traités, une consommation éthylique à risque et une médication psychotrope, l'évaluation mentale et l'examen neurologique de ce jour ne mettent en évidence que des fluctuations attentionnelles. Celles-ci ne sont pas spécifiques du point de vue neurologique, mais peuvent être attribués à une origine psychique, iatrogène et/ou toxique. Il n'y a aucun argument pour une pathologie neurologique, en particulier une affection post-traumatique ou dégénérative ». S'agissant du Prof. O_____, il retient que le trouble cognitif léger est d'origine mixte (consommation d'alcool à risque, psychotropes, syndrome d'apnées du sommeil, petit niveau d'éducation), soit des éléments sans lien avec l'accident. A ce stade, il sied de souligner que, dans son rapport, le Prof. O_____ a indiqué que le psychiatre se prononcerait sur les troubles cognitivo-comportementaux, tout en les retenant également dans sa propre analyse. Or, l'expert psychiatre a conclu à l'absence d'atteinte psychiatrique et d'incapacité de travail y relative. Il faut par ailleurs rappeler que la consultation auprès de la Dre I_____ est intervenue en février 2021, consultation requise car il avait été noté des difficultés de concentration depuis 6 mois, soit depuis courant 2020. Environ cinq ans se sont écoulés depuis l'accident, étant précisé que c'est en raison des douleurs et des interventions que le recourant a dû interrompre les mesures d'ordre professionnel, des troubles cognitifs n'ayant pas été annoncés auparavant. Ce n'est qu'en avril 2021 qu'un suivi psychiatrique a débuté. Au vu de ce qui précède, il y a lieu de retenir que les troubles neuropsychologiques ne sont pas en lien de causalité naturelle avec l'accident, de sorte qu'il n'est pas nécessaire de procéder à l'examen de la causalité adéquate. Reste à examiner les autres diagnostics posés par le Prof. O_____.

E. 13.3

En ce qui concerne le trouble comportemental, le Prof. O_____ le qualifie lui-même de « non-neurologique ». Les examens pratiqués ont par ailleurs exclu une séquelle post-traumatique. Comme l'a relevé à juste titre l'intimée, ce diagnostic ne relève pas du domaine de compétence du Prof. O_____, mais du volet psychiatre, étant rappelé que l'expert psychiatre a nié toute atteinte incapacitante. Le trouble comportemental ne peut donc pas être retenu. S'agissant du status après syndrome radiculaire L5 sur sténose du récessus L5-S1 gauche, la Prof. U_____ a expliqué de manière convaincante que l'électrophysiologie a confirmé l'absence de lésions. Par ailleurs, il y avait une absence de symptômes d'une radiculopathie décrits initialement avec une IRM lombaire excluant des lésions structurelles suite à l'accident. Le lien de causalité avec l'accident doit donc être également exclu. Il subsiste dès lors la « parésie antalgie distale du membre supérieur droit avec douleurs mixtes neurogènes et mécaniques sur status après fracture du scaphoïde avec pseudarthrose et interventions multiples avec atteinte partielle de la branche interosseuse postérieure du nerf radial droit et du médian au tunnel carpien ». La Prof. U_____ a développé tant dans son appréciation que dans son rapport du 2 février 2021, que la Dre I_____ n'avait pas diagnostiqué de déficit neurologique. On ne pouvait toutefois pas exclure que l'atteinte au nerf interosseux et du tunnel carpien soit en lien avec l'accident ou résulte des multiples interventions. Cependant, de telles altérations ne pouvaient pas expliquer une incapacité dans une activité adaptée, soit une activité légère sans port de

charge de plus de 5 kg. Il sied de relever que dans ses conclusions la Prof. U _____ mentionne le membre supérieur gauche en lieu et place du membre supérieur droit. Toutefois, en regard des limitations fixées par le Prof. O _____ en lien avec le membre supérieur droit, force est de constater qu'elles sont similaires à celles retenues par l'expert orthopédique et les médecins d'assurance qui concluaient à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. La Cour de céans considère dès lors que la capacité de travail de 40% ne peut être retenue vis-à-vis de l'intimée puisqu'il a été démontré qu'elle repose sur des atteintes qui ne relevaient d'une part pas de la spécialité de l'expert qui les a fixées, ce dernier étant dès lors sorti de son cadre de compétence. D'autre part, cette capacité de travail réduite et les limitations y relatives, hormis s'agissant du membre supérieur droit, sont basées sur des troubles qui ne sont pas en lien de causalité avec l'accident et dont l'intimée n'a pas à répondre. Au vu de ce qui précède et sur la base des éléments au dossier, la capacité de travail de 100% dans une activité adaptée sera confirmée.

E. 14

Il s'agit à présent de vérifier le degré d'invalidité.

E. 14.1

Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). 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 ; méthode ordinaire de la comparaison des revenus).

E. 14.2

Selon l'art. 7 LPGA, 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 sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1) ; seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain ; de plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2).

E. 14.3

Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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. 8 al. 1 et art. 16 LPGA). En règle ordinaire, il s'agit de chiffrer aussi exactement que possible ces deux revenus et de les confronter l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ils ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 137 V 334 consid. 3.3.1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente ; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF

129 V 222 consid. 4.1 et les références).

E. 14.4

Pour déterminer le revenu sans invalidité, il convient d'établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas devenu invalide. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Partant de la présomption que l'assuré aurait continué d'exercer son activité sans la survenance de son invalidité, ce revenu se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en prenant en compte également l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 139 V 28 consid. 3.3.2 et les références ; 135 V 297 consid. 5.1 et les références ; 134 V 322 consid. 4.1 et les références).

E. 14.5

On évaluera le revenu que l'assuré pourrait encore réaliser dans une activité adaptée avant tout en fonction de la situation concrète dans laquelle il se trouve. Lorsqu'il a repris l'exercice d'une activité lucrative après la survenance de l'atteinte à la santé, il faut d'abord examiner si cette activité est stable, met pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle et lui procure un gain correspondant au travail effectivement fourni, sans contenir d'élément de salaire social. Si ces conditions sont réunies, on prendra en compte le revenu effectivement réalisé pour fixer le revenu d'invalide (ATF 139 V 592 consid. 2.3 et les références ; 135 V 297 consid. 5.2 et les références).

E. 14.5.1

En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS (ATF 148 V 174 consid. 6.2 et les références ; ATF 143 V 295 consid. 2.2 et les références). Il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1_tirage_skill_level, 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 126 V 75 consid. 3b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_58/2021 du 30 juin 2021 consid. 4.1.1), étant précisé que, depuis l'ESS 2012, il y a lieu d'appliquer le tableau TA1_skill_level et non pas le tableau TA1_b (ATF 142 V 178). 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2.1 et la référence). Il y a en revanche lieu de se référer à la ligne "total secteur privé" lorsque l'assuré ne peut plus raisonnablement exercer son activité habituelle et qu'il est tributaire d'un nouveau domaine d'activité pour lequel l'ensemble du marché du travail est en principe disponible (arrêt du Tribunal fédéral 8C_405/2021 du 9 novembre 2021 consid. 5.2.1 et les références). En outre, lorsque les circonstances du cas concret le justifient, on peut s'écarter de la table TA1 (salaire mensuel brut [valeur centrale] selon les branches économiques dans le secteur privé) pour se référer à la table TA7 (salaire mensuel brut [valeur centrale] selon le domaine d'activité dans les

secteurs privé et public ensemble), si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalide et que le secteur en question est adapté et exigible. C'est le lieu de préciser que les tables TA1, T1 et TA7 des ESS publiées jusqu'en 2010 correspondent respectivement aux tables TA1_skill_level, T1_tirage_skill_level et T17 des ESS publiées depuis 2012 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2.2 et les références). La valeur statistique – médiane – s'applique, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3). Il convient de se référer à la version de l'ESS publiée au moment déterminant de la décision querellée (ATF 143 V 295 consid. 4 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_801/2021 du 28 juin 2022 consid. 3.6).

E. 14.5.2

Depuis la 10^e édition des ESS (ESS 2012), les emplois sont classés par l'Office fédéral de la statistique (OFS) par profession en fonction du type de travail qui est généralement effectué. L'accent est ainsi mis sur le type de tâches que la personne concernée est susceptible d'assumer en fonction de ses qualifications (niveau de ses compétences) et non plus sur les qualifications en elles-mêmes. Quatre niveaux de compétence ont été définis en fonction de neuf groupes de profession (voir tableau T17 de l'ESS 2012 p. 44) et du type de travail, de la formation nécessaire à la pratique de la profession et de l'expérience professionnelle (voir tableau TA1_skill_level de l'ESS 2012; ATF 142 V 178 consid. 2.5.3). Le niveau 1 est le plus bas et correspond aux tâches physiques et manuelles simples, tandis que le niveau 4 est le plus élevé et regroupe les professions qui exigent une capacité à résoudre des problèmes complexes et à prendre des décisions fondées sur un vaste ensemble de connaissances théoriques et factuelles dans un domaine spécialisé (on y trouve par exemple les directeurs/trices, les cadres de direction et les gérant[e]s, ainsi que les professions intellectuelles et scientifiques).

E. 14.5.3

La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références ; ATF 135 V 297 consid. 5.2; ATF 134 V 322 consid. 5.2 et les références). Une telle déduction ne doit pas être opérée automatiquement, mais seulement lorsqu'il existe des indices qu'en raison d'un ou de plusieurs facteurs, l'intéressé ne peut mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur le marché du travail qu'avec un résultat économique inférieur à la moyenne (ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références; ATF 146 V 16 consid. 4.1 et les références; ATF 126 V 75 consid. 5b/aa). Il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération ; il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans

les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret (ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références; ATF 126 V 75 consid. 5b/bb et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_608/2021 du 26 avril 2022 consid. 3.3 et les références). L'absence d'expérience et de formation ne joue pas de rôle sur les perspectives salariales lorsque le revenu d'invalidé est déterminé en référence au salaire statistique auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives de niveau de compétence 1. En effet, ce niveau de compétence de l'ESS concerne une catégorie d'emplois ne nécessitant ni formation ni expérience professionnelle spécifique (arrêt du Tribunal fédéral 8C_118/2021 du 21 décembre 2021 consid. 6.3.2). La prise en compte d'un abattement en raison des années de service ne se justifie guère dans le cadre du niveau de compétence 1, l'influence de la durée de service sur le salaire étant peu importante dans cette catégorie d'emplois (arrêt du Tribunal fédéral 8C_280/2022 du 1er mars 2023 consid. 7.2.4).

E. 14.6

Il n'y a pas lieu, dans le revenu sans invalidité comme dans le revenu d'invalidé, de prendre en considération les allocations familiales lesquelles ne sont pas comprises dans la notion de revenu provenant d'une activité lucrative au sens de l'AVS (cf. art. 6 al. 2 let. f du règlement sur l'assurance-vieillesse et survivants- RAVS).

E. 14.7

Le salaire fondé sur les ESS doit encore être adapté à l'horaire de travail usuel de la branche, et indexé à l'année déterminante en tenant compte des valeurs spécifiques au sexe (ATF 129 V 408). Le cas échéant, il y a lieu d'adapter le salaire statistique à l'évolution des salaires nominaux en appliquant soit le chiffre définitif de l'indice suisse des salaires nominaux publié au moment déterminant de la décision litigieuse, soit la plus récente estimation trimestrielle (cf. ATF 143 V 295 consid. 4.1.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_659/2022 du 2 mai 2023 consid. 7.2).

E. 14.8

En l'espèce, s'agissant du revenu sans invalidité, selon les déclarations des employeurs du recourant, le salaire auprès B_____ se serait élevé à CHF 70'184.85 en 2021 (5'399 x 12 mois + 8.33 de 13 ème) auquel s'ajoutait celui qui aurait été réalisé auprès C_____ de CHF 10'637.10 (salaire horaire de CHF 23.60 + CHF 1.97 de 13 ème , 8 heures par semaine x 52 semaines), ce qui représente la somme de CHF 80'821.95. Après indexation selon l'indice des salaires nominaux (+ 0,6%), il en résulte un salaire sans invalidité de CHF 81'306.90 pour 2022. Le salaire évoqué par le recourant de CHF 85'087.- (recte : 85'085.05) correspond au gain assuré utilisé pour fixer le montant des indemnités journalières selon l'art. 17 al.1 LAA, ce dernier comprend les allocations familiales, ce qui n'est pas le cas des montants appliqués pour déterminer le taux d'invalidité conformément aux principes rappelés précédemment. Cet argument ne permet dès lors pas de remettre en cause la fixation du salaire sans invalidité. S'agissant du revenu avec invalidité, le recourant n'ayant pas repris d'activité, il sera fait appel aux données de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS). En ce qui concerne l'année de référence des tableaux statistiques à appliquer, l'ESS 2020 a été publiée le 23 août 2022. Dès lors qu'au moment où la décision litigieuse a été rendue, le 12 octobre 2023, l'intimée disposait des données 2020, le salaire avec invalidité doit être déterminé sur la base de l'ESS 2020 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_655/2016 du 4 août 2017 consid. 6.3) et être indexé jusqu'à la date de

l'ouverture (éventuel) du droit à la rente, soit le 1^{er} mars 2022 (ATF 129 V 222 consid. 4.1 et 4.2). Ainsi, il y a lieu de se référer au tableau TA1_tirage_skill_level de l'ESS 2020, dont il ressort que le revenu statistique tiré d'activités physiques ou manuelles simples dans le secteur privé s'élève à CHF 5'261.- pour un homme (niveau 1, total, part au 13^{ème} salaire comprise), ou à CHF 63'132.- par année pour un plein temps (5'261 × 12). Il sera précisé à ce stade que malgré la référence à la rubrique « industries manufacturières » dans la décision litigieuse, l'intimée a bel et bien appliqué la valeur médiane, ce qui est conforme à la jurisprudence. Le salaire hypothétique de CHF 63'132.- se base sur une durée hebdomadaire de travail de 40 heures, inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises. Il convient dès lors de l'ajuster à la durée hebdomadaire normale de travail en 2020 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1), laquelle est de 41.7 heures (tableau « Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique » de l'OFS), ce qui porte le salaire annuel à CHF 65'815.11 pour un plein temps (63'132 × 41.7 / 40). Après indexation selon l'indice des salaires nominaux, (- 0.7 en 2021, respectivement + 1.1 en 2022), le revenu est porté à CHF 66'073.30. S'agissant de la réduction supplémentaire, l'intimée a retenu un taux de 10%, essentiellement en raison des limitations fonctionnelles. En l'espèce, cette appréciation est conforme aux principes en la matière, les spécificités du cas d'espèce ne justifiant pas un abattement supérieur, le revenu avec invalidité s'élève à CHF 59'466.-. Comparé au revenu sans invalidité de CHF 81'306.90, il en résulte une perte de gain de 26.86%, arrondi à 27%. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 145 I 167 consid. 4.1 et les références ; ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 et les références). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 – Cst ; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d). Il apparaît dès lors que, la problématique étant essentiellement médicale, l'audition du recourant n'est pas susceptible de modifier l'appréciation de la Cour. A cela s'ajoute que le recourant a eu l'opportunité de se prononcer sur le contenu du dossier de l'assurance-invalidité et de la dernière détermination de l'intimée qui répondait à ses arguments, opportunité qu'il n'a pas saisie. Par conséquent, il sera renoncé à l'audition du recourant. Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. f bis LPGa a contrario). *** b. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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