

## **GE\_GERICHTE ATAS/765/2019 vom 27. August 2019**

GE Cour de justice, 2019-08-27, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_765\\_2019](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_765_2019)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/765/2019 du 27 août 2019

IT: GE\_GERICHTE ATAS/765/2019 del 27 agosto 2019

### **Erwägungen**

#### **E. 47**

Le 8 juillet 2018, l'assuré (ci-après : le recourant), agissant en personne, a interjeté recours contre la décision sur opposition du 11 juin 2018, concluant à son annulation et, cela fait, à la réalisation d'une expertise, à la poursuite du versement des indemnités accidents avec effet rétroactif et à la notification d'un nouveau projet de décision selon la réalité économique, en considérant sa proposition de suivre un cours en vue de l'obtention de la patente des cafetiers-restaurateurs, ou de reprendre un kiosque. À l'appui de ses conclusions, le recourant a notamment expliqué qu'il avait fait tout ce que la SUVA et l'OAI lui avaient demandé alors que ces derniers n'avaient jamais investigué ses propositions, notamment celle de passer la patente de cafetier-restaurateur. Par ailleurs, la SUVA et l'OAI avaient requis des mesures pour ne finalement pas suivre leurs conclusions. Procédant à un « copier-coller » de passages de son recours contre la décision de l'OAI du 6 juin 2018, le recourant a en substance critiqué l'OAI et les assurances sociales en général, les qualifiant notamment d'« affairistes », et a rappelé qu'il était en incapacité totale de travailler depuis le 28 août 2018, que les médecins ayant émis les certificats étaient diplômés en médecine et que s'il avait simulé une atteinte, ils ne lui auraient pas délivré lesdits certificats. Se référant à des archives télévisées et des articles de presse, le recourant a également contesté l'impartialité des médecins mandatés par la SUVA et l'OAI, et a conclu à la réalisation d'une expertise indépendante. Il a, par ailleurs, reproché à la SUVA de ne pas avoir pris en charge un cours de français, de ne pas l'avoir mis au bénéfice d'une mesure professionnelle devant lui permettre de passer la patente de cafetier-restaurateur et de n'avoir procédé qu'à une comparaison des revenus. Enfin, le recourant a demandé que ses propositions relatives à l'obtention de la patente de cafetiers-restaurateurs et à la reprise d'un magasin, et plus particulièrement d'un kiosque soient examinées.

#### **E. 48**

La SUVA (ci-après : l'intimée) a répondu le 3 septembre 2018 sous la plume de son conseil, et a conclu, sous suite de frais et dépens, au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition. En premier lieu, l'intimée a considéré que l'appréciation de la Dresse I\_\_\_\_\_ était claire et bien étayée et qu'elle répondait aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante. Quant aux certificats de la Dresse G\_\_\_\_\_, ils ne permettaient pas de s'écarter des conclusions de la Dresse I\_\_\_\_\_, dès lors qu'ils ne précisaient pas si l'incapacité de travail, au sujet de laquelle le médecin traitant ne donnait aucune explication, portait sur l'activité habituelle ou sur l'activité adaptée. S'agissant des conclusions des EPI, elles devaient être appréciées dans le contexte d'une certaine forme d'accentuation des plaintes, d'un catastrophisme élevé et d'une autolimitation de l'assuré, alors que ni les constatations cliniques ni l'imagerie ne permettaient d'expliquer les plaintes et les limitations fonctionnelles, comme cela ressortait du rapport de la CRR du 25 février

2016. L'intimée relevait également que des facteurs extra-médicaux venaient s'ajouter aux éléments qui précédaient.

A/2354/2018 - 10/25 - Cela étant, dans tous les cas, l'appréciation des EPI ne pouvait supplanter les avis médicaux et notamment celui de la Dresse I\_\_\_\_\_. Ensuite, la SUVA a rappelé qu'elle n'avait pas la compétence de décider et le cas échéant, de mettre en œuvre des mesures de réinsertion professionnelle, de sorte que les conclusions dans ce sens étaient irrecevables. Enfin, s'agissant du reproche relatif à la comparaison financière, force était de constater que l'incapacité de gain se déterminait en fonction des conséquences économiques concrètes de l'atteinte et que dans ce contexte, il convenait de procéder à une comparaison des revenus. Les facteurs contextuels (manque formation, difficultés linguistiques, situation sociale compliquée) ne constituaient pas des circonstances permettant d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendaient toutefois difficile, voire impossible la recherche d'un poste de travail et, partant, l'utilisation de la capacité résiduelle. Pour le surplus, l'intimée relevait que le recourant n'avait formulé aucun grief s'agissant du calcul du degré d'invalidité, du taux d'invalidité, ni contre les DPT, lesquelles étaient parfaitement adaptées aux limitations fonctionnelles.

#### **E. 49**

Par réplique du 30 septembre 2018, le recourant a notamment relevé qu'il avait toujours fait opposition totale – et non pas partielle – aux décisions de la SUVA. Contestant les considérants du Tribunal fédéral au sujet de la valeur probante des rapports médicaux et notamment des médecins traitants, le recourant a répété que les médecins-conseils et ceux de la CRR étaient employés par la SUVA, payés par cette dernière et qu'ils n'étaient pas indépendants et neutre, n'ayant aucune considération morale. Il n'avait aucune relation d'employé à employeur avec ses médecins traitants, de sorte que les considérations au sujet de leur partialité n'étaient pas applicables dans son cas. Le recourant a ensuite rappelé que les médecins et les conseillers des EPI devaient travailler ensemble, aucun n'étant plus important que l'autre. Enfin, le recourant s'insurgeait contre les termes calomnieux (paresseux, geignard, fainéant, chochette, ...) employés à son égard par la SUVA. Par conséquent, il reconfirmait les conclusions de son recours et persistait à demander à ce que ses propositions de reconversion soient examinées.

#### **E. 50**

L'intimée a produit sa duplique en date du 25 octobre 2018 et s'est référée à son mémoire de réponse du 3 septembre 2018, relevant pour le surplus qu'elle n'avait fait que répéter la jurisprudence fédérale relative aux conclusions d'un centre d'observation professionnelle tel que les EPI et qu'elle n'avait jamais employé les termes énoncés par le recourant, mais qu'elle avait simplement évoqué les constatations médicales figurant au dossier. 51. Par arrêt du 23 avril 2019 (ATAS/356/2019), la chambre de céans a annulé la décision du 6 juin 2018 de l'OAI et lui a renvoyé la cause pour instruction complémentaire sur la question des mesures d'ordre professionnel, niant le droit à une rente compte tenu du degré d'invalidité de 22% (revenu sans invalidité : CHF 73'160.- ; revenu avec invalidité après abattement de 15% : CHF 56'783.-).

A/2354/2018 - 11/25 - 52. Par ordonnance du 6 mai 2019, la chambre de céans a ordonné l'apport de la procédure A/2336/2018 opposant le recourant à l'OAI. 53. Le même jour, elle a imparti aux parties un délai au 20 mai 2019 pour prendre connaissance des pièces du dossier et déposer d'éventuelles observations. 54. Le 20 mai 2019, le recourant a déposé au

greffe de la chambre de céans divers certificats médicaux attestant d'une incapacité de travail totale dès le 1er janvier 2018. 55. Par écriture du 14 juin 2019, l'intimée a relevé que selon l'OAI, la perte de gain s'élevait à 4%, ce qui ne donnait pas droit à une rente. Par ailleurs, l'appréciation de l'OAI, s'agissant du rapport des EPI, corroborait celle de la SUVA. En tout état, l'appréciation d'un centre d'observation professionnelle ne saurait supplanter les avis concordants et étayés des médecins, notamment celui de la Dresse I\_\_\_\_\_, concernant les limitations fonctionnelles du recourant et sa capacité de travail. Par conséquent, l'intimée persistait dans les termes de sa réponse du 3 septembre 2018. 56. Quant au recourant, désormais représenté par l'APAS, il s'est exprimé le 17 juin 2019. Il s'est notamment référé aux revenus retenus par la chambre de céans dans son arrêt du 23 avril 2019 rendu dans la cause l'opposant à l'OAI, à savoir un revenu sans invalidité de CHF 73'160.- et avec invalidité, de 56'783.-, ce qui conduisait à un degré d'invalidité de 22% après comparaison des revenus. Toutefois, dans la mesure où la chambre de céans avait invité l'OAI à déterminer si une mesure de reclassement était envisageable et dans, l'affirmative, laquelle, le recourant a considéré, au vu des conclusions des EPI, qu'il n'avait plus aucune capacité de travail quelle que soit l'activité retenue. Dans tous les cas, c'était une rente de 22% qui devait lui être octroyée. Il concluait par conséquent, principalement, à une rente entière, subsidiairement à une rente de 22%, et pour le surplus au renvoi de la cause à la SUVA pour calcul du gain assuré et de la rente. 57. Sur ce, la cause a été gardée à juger. 58. Par courrier du 31 juillet 2019, l'intimée a précisé que selon la jurisprudence fédérale, le recourant aurait dû formuler ses éventuelles objections quant au choix et à la représentativité des DPT durant la procédure d'opposition. Au demeurant, les DPT prises en considération étaient parfaitement adaptées aux limitations fonctionnelles décrites par la Dresse I\_\_\_\_\_. S'agissant ensuite du revenu sans invalidité, il avait été établi sur la base du dossier et tenait compte de la convention collective de travail applicable. 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 - 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

A/2354/2018 - 12/25 - (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. 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 (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA). 3. Le litige porte sur le droit du recourant à des mesures de reconversion professionnelle et à une rente d'invalidité. 4. Concrètement, le recourant conteste en premier lieu l'appréciation de sa capacité de travail telle qu'elle a été retenue par les médecins de la CRR et par la Dresse I\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la SUVA, considérant que ces médecins sont dans un lien de subordination avec la SUVA, de sorte que leurs conclusions ne peuvent être indépendantes. a. Selon l'art. 18 al. 1er LAA, 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. 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 LPGA 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 LPGA). b. La notion d'invalidité, définie à l'art. 8 LPGA, est en principe identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité. L'art. 8 al. 1 LPGA précise qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). 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). 5. a. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour

A/2354/2018 - 13/25 - 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). b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351, consid. 3; ATF 122 V 157, consid. 1c). 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). b/aa. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 251 consid. 3b/ee). Le seul fait que les médecins de l'assurance sont employés de celle-ci ne permet pas de conclure à l'existence d'une prévention et d'un manque d'objectivité. Si un cas d'assurance est jugé sans rapport d'un médecin externe à l'assurance, l'appréciation des preuves doit être soumise à des exigences strictes. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 122 V 157 consid. 1d; ATF 123

V 175 consid. 3d; ATF 125 V 351 consid. 3b ee; ATF 135 V 465 consid. 4.4; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_588 /2015 du 17 décembre 2015 consid. 2). Dans la mesure où ils sont requis par la SUVA, les avis médicaux de la Clinique de réadaptation de Bellikon ne constituent pas des expertises de spécialistes indépendants, de sorte que l'art. 44 LPGA n'est pas applicable (ATF 136 V 117

A/2354/2018 - 14/25 - consid. 3.4). Il en va de même des avis médicaux de la Clinique romande de réadaptation. b/bb. En application du principe de l'égalité des armes, l'assuré a le droit de présenter ses propres moyens de preuve pour mettre en doute la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance. Il s'agit souvent de rapports émanant du médecin traitant ou d'un autre médecin mandaté par l'assuré. Ces avis n'ont pas valeur d'expertise et, d'expérience, en raison de la relation de confiance liant le patient à son médecin, celui-ci va plutôt pencher, en cas de doute, en faveur de son patient. Ces constats ne libèrent cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (arrêt 8C\_408/2014 et 8C\_429/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2). A noter, dans ce contexte, que le simple fait qu'un avis médical divergent - même émanant d'un spécialiste - ait été produit ne suffit pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1). 6. 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). 7. En l'espèce, l'intimée s'est principalement fondée sur le rapport de la CRR du 18 novembre 2014 ainsi que sur l'appréciation de la Dresse I\_\_\_\_\_ du 16 octobre

A/2354/2018 - 15/25 - 2017 pour retenir une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Il y a donc lieu d'examiner la valeur probante des rapports en question. a. A titre liminaire, la chambre de céans constate que dans la mesure où il a été requis par l'intimée, le rapport de la CRR du 18 novembre 2014 ne constitue pas une expertise de spécialistes indépendants au sens de l'art. 44 LPGA (voir ATF 136 V 117 consid. 3.4 par analogie). Il en va de même de l'appréciation de la Dresse I\_\_\_\_\_, celle-ci devant être considérée comme

étant un médecin interne à l'assurance. Toutefois, le fait qu'il ne s'agisse pas d'expertises stricto sensu n'ôte pas toute valeur probante auxdits rapports, dès lors que ni l'origine ni la désignation ne sont déterminantes mais leur contenu. Partant, il y a lieu d'examiner si lesdits rapports répondent aux requisits jurisprudentiels en matière de valeur probante. b. Cela étant précisé, force est de constater que tant le rapport de la CRR que l'appréciation finale de la Dresse I\_\_\_\_\_ remplissent, sur les plans formel et matériel, toutes les exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante de tels documents : ils contiennent un résumé du dossier, une anamnèse détaillée, les indications subjectives du recourant, des observations cliniques, ainsi qu'une discussion générale du cas, et leurs conclusions, qui résultent d'une analyse complète de la situation médicale, sont claires, bien motivées et convaincantes. Sur le fond, les médecins de la CRR ont retenu, dans leur rapport du 25 février 2016, une incapacité totale de travailler dans l'activité habituelle, évoquant les limitations fonctionnelles provisoires suivantes : pas de travail de force et de port de charges avec le membre supérieur droit, pas de travail au-dessus du plan des scapulas, pas de position en porte-à-faux ni de mouvements répétitifs avec le membre supérieur droit. Quant à la Dresse I\_\_\_\_\_, elle a fait état, dans son rapport du 16 octobre 2017 relatif à l'examen final, d'une incapacité de travail entière dans l'activité habituelle et d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges répétées de plus de 15 kg du sol à la taille et pas de port de charges répétées de plus de 7,5 kg de la taille à au-dessus de l'horizontale et en tenant le poids avec deux mains, pas d'activité répétitive nécessitant des mouvements du bras droit ou des mouvements du bras droit au-dessus de l'horizontale. La chambre de céans constate que ces limitations fonctionnelles rejoignent celles retenues par la Dresse G\_\_\_\_\_, médecin traitant du recourant, dans son courriel à l'OAI du 31 mai 2017, dans lequel ce médecin a évoqué l'exercice d'une activité adaptée potentiellement à 100% pour autant qu'elle n'implique pas de surutilisation du bras droit, de mouvements du bras au-dessus de 60° et de port de charges. Force est ainsi de constater, au vu des rapports précités, que les médecins consultés par la SUVA retiennent des limitations fonctionnelles similaires, dont notamment le fait que l'activité adaptée ne doit pas nécessiter des mouvements répétitifs du bras droit. En d'autres termes, le bras dominant ne peut être utilisé que ponctuellement.

A/2354/2018 - 16/25 - c. Le recourant conteste les conclusions médicales précitées en se fondant sur le rapport des EPI du 26 mars 2018. C'est le lieu de préciser que la mesure d'observation aux EPI s'inscrit dans le cadre d'une mesure d'orientation professionnelle ordonnée par l'OAI, dont le but est de guider le recourant vers l'activité dans laquelle il aurait le plus de chances de succès, compte tenu de ses dispositions et de ses aptitudes. Or, il ressort du rapport auquel le recourant se réfère que la mesure a permis de confirmer les limitations fonctionnelles évoquées par les médecins, à savoir, en substance, que le bras dominant ne devait pas être utilisé de manière régulière. Concrètement, le recourant a commencé toutes les activités proposées avec la main droite mais les limitations l'ont obligé à alterner avec la main gauche. Après quinze jours à 100%, un certificat de travail de 50% lui a été délivré en raison des douleurs à l'épaule droite. Le recourant n'étant pas ambidextre, le transfert des habiletés du membre droit – dominant – sur le membre gauche ne s'est fait que difficilement et le recourant n'a pas atteint, avec la main gauche, le niveau de précision attendu pour être exploitable dans le marché ordinaire de l'emploi. Cela étant, ces considérations n'ont rien de médical et ne concernent que le type d'activité qui peut raisonnablement être exercé par le recourant, à savoir des activités n'impliquant pas l'utilisation régulière du bras droit et n'exigeant pas de motricité fine avec la main gauche.

Quant aux autres constatations (capacités d'apprentissage [scolarité très courte, faible maîtrise du français], découverte de l'utilisation de l'outil informatique lors de l'évaluation) également évoquées par les maîtres de stage, elles ne sont pas du ressort de l'assurance-accidents et ne sont pas en contradiction avec les constatations des médecins. En résumé, le rapport des EPI ne contredit ni les conclusions des médecins de la CRR et de la Dresse I\_\_\_\_\_ ni celles de la Dresse G\_\_\_\_\_. Par conséquent, il n'y a pas lieu d'ordonner une expertise médicale, tous les intervenants - médecins et professionnels de l'intégration - étant en réalité du même avis, à savoir que l'activité adaptée ne doit pas impliquer l'utilisation du membre supérieur droit, si ce n'est ponctuellement, étant précisé que dans une activité mono-manuelle, le rendement sera, à tout le moins dans un premier temps, diminué. 8. Le recourant reproche ensuite à l'intimée de ne pas avoir pris en considération ses propositions de reconversion. a. En cas d'atteinte à la santé due à un accident, l'assureur-accidents prend en charge les prestations suivantes : le traitement médical (art. 10ss LAA), les indemnités journalières (art. 16ss LAA), la rente d'invalidité (art. 18 ss LAA) et l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 24s LAA). Concrètement, l'assureur-accidents accorde, en cas d'incapacité de travail, des indemnités journalières pendant la durée du traitement médical. En cas d'incapacité de travail permanente ou de longue durée, dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré, la

A/2354/2018 - 17/25 - rente d'invalidité prend le relais et remplace les indemnités journalières et le traitement médical (KIESER, ATSG-Kommentar, 2015, n° 46 ad Art. 6 LPGA ; voir également art. 10, 16 et 19 LAA). b. Il ressort ainsi des considérations qui précèdent que l'assurance-accidents intervient financièrement, par la prise en charge des frais afférents au traitement médical, le versement de prestations périodiques (indemnités journalières ou rente) et le versement d'une indemnité ponctuelle, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. En d'autres termes, l'assurance-accidents ne fournit aucune prestation en nature. Par conséquent, les mesures de réinsertion professionnelles ne sont pas des prestations dues par l'assureur-accidents, de sorte que c'est à juste titre que l'intimée n'a pas examiné les propositions de reconversion professionnelle, leur prise en charge n'étant pas de son ressort. 9. Dans la mesure où le recourant, qui a agi en personne jusqu'aux toutes dernières observations, conclut à la poursuite des indemnités accident et que la décision sur opposition querellée porte sur le droit à une rente d'invalidité et non sur le versement des indemnités journalières, il doit être considéré qu'il conteste également le degré d'invalidité retenu par la SUVA. a. Comme indiqué précédemment, selon l'art. 18 al. 1er LAA, 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. Par ailleurs, à teneur de l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré pourrait 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. b. Pour déterminer le revenu sans invalidité avant un accident, il faut rechercher quelles sont les possibilités de gain d'un assuré censé utiliser pleinement sa capacité de travail. Lorsqu'on peut partir de l'idée que l'assuré aurait continué son activité professionnelle sans la survenance de l'atteinte à la santé, on prendra en compte le revenu qu'il obtenait dans le poste occupé jusqu'alors, adapté à l'évolution des salaires (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_708/2007 du 21 août 2008, consid. 5.5; RAMA 2006 n° U 568 p. 66, consid. 2). c. S'agissant de la fixation du revenu d'invalide, ce n'est pas le fait que l'assuré mette réellement à profit sa capacité résiduelle de travail qui est déterminant, mais bien plutôt le

revenu qu'il pourrait en tirer dans une activité raisonnablement exigible. Le caractère raisonnablement exigible d'une activité doit être évalué de manière objective, c'est-à-dire qu'on ne peut simplement tenir compte de l'appréciation négative par l'assuré de l'activité en cause. En application de ce principe, la jurisprudence admet très largement le caractère exigible d'une activité (Ulrich MEYER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 2ème éd., p. 294ss).

A/2354/2018 - 18/25 - Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, la jurisprudence considère que le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de statistiques salariales (ATF 126 V 75, consid. 3b), singulièrement à la lumière de celles figurant dans l'enquête suisse sur la structure des salaires, publiée par l'Office fédéral de la statistique (ATF 124 V 321, consid. 3b/aa), ou de données salariales résultant de descriptions de postes de travail (DPT). La détermination du revenu d'invalidé sur la base des DPT suppose, en sus de la production d'au moins cinq DPT, la communication du nombre total des postes de travail pouvant entrer en considération d'après le type de handicap, ainsi que du salaire le plus haut, du salaire le plus bas, et du salaire moyen du groupe auquel il est fait référence. Si l'assureur n'est pas en mesure de satisfaire à ces exigences de procédure, on ne peut pas se référer aux DPT (ATF 129 V 472 consid. 4.2). Les éventuelles objections de l'assuré sur le choix et sur la représentativité des DPT dans le cas concret doivent être soulevées, en principe, durant la procédure d'opposition. Lorsque le revenu d'invalidé est déterminé sur la base des DPT, une réduction du salaire, eu égard au système même des DPT, n'est ni justifié ni admissible (ATF 129 V 472 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 471/04 du 16 juin 2005 consid. 3.3). En l'absence de descriptifs de postes de travail recueillis conformément aux exigences jurisprudentielles, il convient pour déterminer le revenu d'invalidé de se fonder sur les salaires qui ressortent des enquêtes statistiques officielles (ESS ; ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). Est alors déterminante la valeur centrale de la statistique des salaires bruts standardisés. Dans ce cas, il convient 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). La valeur statistique - médiane - s'applique alors, 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). 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

A/2354/2018 - 19/25 - 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). Selon la jurisprudence, le résultat exact du calcul du degré d'invalidité doit être arrondi au chiffre en pour cent supérieur ou inférieur selon les règles applicables en mathématiques. En cas de résultat jusqu'à x,49%, il faut arrondir à x % et pour des valeurs à partir de x,50%, il faut arrondir à x+1 % (ATF 130 V 121 consid. 3.2). 10. a. En l'espèce, le recourant travaillait pour le compte de C\_\_\_\_\_ en tant que monteur d'échafaudage lorsqu'il a été victime de l'accident du 29 août 2014. A ce titre, il était soumis à la convention collective de travail pour les échafaudeurs suisses (ci-après : la CCT), de force obligatoire pour tout le territoire suisse. En matière de durée annuelle du travail, la CCT précitée prévoit que le total des heures annuelles de travail déterminant s'élève à 2190 heures (365 jrs : 7 jrs/sem. = 52,14 sem.; 52,14 sem. x 42 h/sem.; art. 8 ch. 3 let. a CCT). Il s'agit là du temps de travail brut moyen (avant la déduction des heures ne devant pas être effectuées de manière générale [jours fériés] ou de manière individuelle [vacances, accident, jours de service de protection civile, etc.]) – à effectuer durant une année civile (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_100/2014 du 6 mai 2014 consid. 4.2.2 par analogie). Le contrat peut prévoir une durée hebdomadaire différente mais celle-ci ne peut toutefois dépasser 48 heures hebdomadaires au maximum (art. 8 ch. 3 let. b CCT). Il ressort du contrat de travail, ainsi que des conclusions d'accord de mars 2016, que le salaire horaire s'élevait à CHF 29.-. Selon la déclaration de sinistre et le questionnaire pour l'employeur, le nombre d'heures à effectuer s'élevait à 45 heures hebdomadaires, soit 171 heures mensuelles en moyenne, après déduction des vacances et des jours fériés (45h/sem. x 52 sem. = 2'340 heures par années dont il faut déduire les heures correspondant aux jours de vacances et jours fériés, soit 297 heures (33 jours [25 jours de congé et 8 jours fériés en 2013-2014] à 9 heures par jour), ce qui correspond en substance à ce qui ressort des fiches de salaire, lesquelles évoquaient un nombre d'heures mensuel moyen de 172 heures (décembre 2013 : 131 heures ; janvier 2014 : 153,5 heures ; février 2014 : 168 heures ; mars

A/2354/2018 - 20/25 - 2014 : 199 heures ; avril 2014 : 175 heures ; mai 2014 : 171 heures ; juin 2014 : 176 heures ; juillet 2014 : 192,5 heures ; août 2014 : 151 heures ; septembre 2014 : 175 heures ; octobre 2014 : 201 heures, soit un total de 1893 heures ou 172 heures par mois en moyenne [1893 heures/11 mois]). Conformément à la CCT, au contrat de travail et aux fiches de salaire, il convient d'ajouter un supplément de 8.33 % pour le treizième salaire, un supplément de 10.64 % pour cinq semaines de vacances et un forfait de 3% pour les jours fériés qui tombaient sur un jour de travail, c'est-à-dire un jour autre qu'un samedi ou un dimanche (art. 10 CCT) : Salaire horaire de base

29.00 Indemnité de vacances 10.64% de la somme du salaire horaire de base + du salaire afférent aux jours fériés 3.09 Indemnité jours fériés 3 % de la somme du salaire horaire de

base 0.87 Part 13e 8.33% de la somme du salaire horaire de base + salaire afférent aux vacances + salaire afférent aux jours fériés 2.74 Salaire horaire avec indemnités et 13e salaire

35.70 Dans la mesure où, selon la CCT applicable, le recourant aurait bénéficié de 25 jours de vacances par année et de 8 jours fériés indemnisés, le revenu annuel doit se calculer sur 45.54 semaines de travail, étant précisé que : ■ 52.14 semaines = 365 jours / 7 jours par semaine ; ■ 6.6 semaines = 5 semaines de vacances indemnisées (25 jours de vacances / 5 jours travaillés par semaine) + 1.6 semaines de jours fériés indemnisés (8 jours fériés / 5 jours travaillés par semaine) ; ■ 52.14 semaines – 6.6 semaines = 45.54 semaines. En procédant de la sorte, le revenu annuel sans invalidité s'élève à CHF 73'160.- (CHF 35.70 /h x 45h/sem. x 45.54 sem./année) et non à CHF 66'464.- comme retenu par la SUVA, ce montant correspondant en réalité au salaire minimum prévu par une convention collective, dont il n'a pas été possible de déterminer la nature. On ne saurait par conséquent prendre ce montant en considération à titre de salaire sans invalidité compte tenu du contrat, des fiches de salaire et des conclusions d'accord, lesquels font tous état d'un salaire horaire de CHF 29.-, à l'évidence supérieur à celui prévu par la convention collective retenue par la SUVA.

b. S'agissant du revenu avec invalidité, le recourant n'a pas repris d'activité professionnelle, de sorte que l'intimée s'est référée au salaire moyen de cinq DPT. A titre liminaire, la chambre de céans rappelle que selon la jurisprudence, il appartient en principe à l'assuré de formuler toute objection quant au choix et à la représentativité des DPT durant la procédure d'opposition. Au vu de l'emploi des termes « en principe », il s'agit à l'évidence d'une règle qui souffre d'exceptions. Dans le cas d'espèce, le recourant n'était pas représenté. La décision initiale ne comportait pas le détail de la comparaison des revenus. L'attention du recourant n'a

A/2354/2018 - 21/25 - dès lors pas été attirée sur l'utilisation de DPT. Le recourant a par ailleurs sollicité de la SUVA qu'elle motive sa décision, ce qui n'a jamais été fait. Faisant selon toute vraisemblance confiance à son assureur quant au calcul du degré d'invalidité, le recourant n'a pas non plus formellement contesté les DPT retenues par la SUVA dans son recours. Il a toutefois précisé, dans sa réplique, qu'il avait fait opposition totale à la décision initiale. Enfin, il a conclu à la poursuite du versement des indemnités d'accidents. Par conséquent, au vu du contexte et de l'ensemble des éléments, il doit être considéré que le recourant conteste tout ce qui concerne le calcul du degré d'invalidité, ce qui comprend également le choix et la représentativité des DPT. Cela est d'ailleurs confirmé par les conclusions formellement prises par son représentant dans ses observations du 17 juin 2019. En effet, dans la mesure où le recourant a agi en personne durant la majeure partie de la procédure, il convient de faire preuve d'une certaine souplesse dans l'application de la règle susmentionnée. Cela étant précisé, force est de constater que les DPT retenues mentionnent tous que l'utilisation des deux mains est nécessaire. Ces DPT sont ainsi en contradiction avec les limitations fonctionnelles retenues par les médecins, dès lors qu'une utilisation régulière du membre supérieur droit, dont la main fait partie, est exclue. Partant, il convient d'écarter les DPT retenus par la SUVA. Dès lors qu'on ne peut se fonder sur les DPT, il convient d'appliquer les ESS 2016 et de retenir un revenu de CHF 5'340.-. Adapté au nombre d'heures dans les entreprises (41,7), ce revenu s'élevait à CHF 5'567.- par mois, soit CHF 66'804.- par année en 2016. Compte tenu des limitations fonctionnelles limitant le choix des activités, il convient d'appliquer, comme l'a fait l'OAI, un abattement de 15%, ce qui porte le revenu avec invalidité à CHF 56'783.-. Dans ce contexte, la chambre de céans

observe que dans la situation d'un assuré ne pouvant exercer que des tâches mono-manuelles, le Tribunal fédéral a admis à réitérées reprises la référence au tableau TA1, niveau de qualification 4 (ESS jusqu'à 2012), et au tableau TA1\_skill\_level, niveau de compétence 1 (ESS depuis 2012) (cf. arrêts du Tribunal fédéral 8C\_849/2017 du 5 juin 2018, 8C\_541/2011 du 17 juillet 2012, 9C\_418/2008 du 17 septembre 2008). Il a en outre confirmé qu'il y avait suffisamment d'opportunités réalistes sur un marché du travail équilibré pour les personnes qui ne pouvaient exercer que des travaux légers de type mono-manuel, à l'instar de simples activités de surveillance, d'essais et d'inspection, ainsi que du fonctionnement et de la surveillance de machines (semi-) automatiques ou d'unités de production qui ne nécessitent pas l'utilisation des deux bras et des deux mains. De tels emplois existent également dans les entreprises liées à la production, raison pour laquelle il a jugé qu'une restriction du marché du travail à considérer ne s'impose pas au secteur des services (arrêt du Tribunal 8C\_100/2012 du 29 mars 2012 consid. 3.4 et les références).

A/2354/2018 - 22/25 - Après comparaison des revenus, le degré d'invalidité s'élève à CHF 22%, ce qui correspond à une rente du même pourcentage ( $[\text{CHF } 73'160 - \text{CHF } 56'783] / \text{CHF } 73'160 = 0.223$ , soit 22%). 11. Sous la plume de l'APAS, le recourant a également invoqué le caractère irréaliste d'une activité adaptée dans ses dernières écritures datées du 17 juin 2019. Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Il est certes possible de s'écarter de la notion de marché équilibré du travail lorsque, notamment l'activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe quasiment pas sur le marché général du travail ou que son exercice impliquerait de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (cf. RCC 1991 p. 329; RCC 1989 p. 328; arrêts du Tribunal fédéral 9C\_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.2 et 9C\_659/2014 du 13 mars 2015 consid. 5.3.2). Le caractère irréaliste des possibilités de travail doit alors découler de l'atteinte à la santé – puisqu'une telle atteinte est indispensable à la reconnaissance d'une invalidité (cf. art. 7 et 8 LPGA) – et non de facteurs psychosociaux ou socioculturels qui sont étrangers à la définition juridique de l'invalidité (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C\_175/2017 du 30 octobre 2017 consid. 4.2). D'après ces critères, il y a lieu de déterminer dans chaque cas et de manière individuelle si l'assuré est encore en mesure d'exploiter une capacité de travail résiduelle sur le plan économique et de réaliser un salaire suffisant pour exclure une rente. Ni sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage, ni sous celui des possibilités qu'offre un marché du travail équilibré aux assurés pour mettre en valeur leur capacité de travail résiduelle, on ne saurait exiger d'eux qu'ils prennent des mesures incompatibles avec l'ensemble des circonstances objectives et subjectives (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_1066/2009 du 22 septembre 2010 consid. 4.1 et la référence). La notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre

entre l'offre et la demande de main-d'œuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des exigences professionnelles et intellectuelles qu'au

A/2354/2018 - 23/25 - niveau des sollicitations physiques (ATF 110 V 273 consid. 4b p. 276; arrêt I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b, in RCC 1991 p. 329). Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main-d'œuvre (VSI 1998 p. 293). En d'autres termes, il s'agit uniquement de savoir si, compte tenu de son état de santé, il est à même d'exercer une activité déterminée sans que l'on ait à rechercher s'il va trouver un employeur disposé à lui confier ce travail. Si l'on tenait compte des fluctuations de l'offre et de la demande sur le marché du travail, on aboutirait à ce résultat qu'un assuré serait tantôt admis à bénéficier de la rente et tantôt ne le serait pas suivant que les offres d'emploi seraient peu nombreuses ou au contraire abondantes. Les décisions de l'AI finiraient par être dépourvues de tout fondement objectif. L'administration n'a pas à démontrer l'existence d'offres de travail concrètes disponibles correspondant aux limitations de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_633/2016 du 28 décembre 2016). Le Tribunal fédéral a notamment jugé qu'un marché du travail équilibré est sans conteste en mesure d'offrir des postes que l'on peut occuper avec une seule main ou un seul bras ou suite à la perte fonctionnelle d'un œil. Par ailleurs, des emplois dits « de niche » – autrement dit des postes et des travaux pour lesquels les personnes atteintes dans leur santé peuvent s'attendre à une ouverture sociale de la part de l'employeur – ne sauraient conduire à nier l'existence d'opportunités correspondantes. Il en va de même de l'exercice d'un travail auxiliaire, ceci en principe indépendamment de l'âge de l'assuré (Michel VALTERIO, op. cit, n. 2114 et 2115; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 180/05 du 16 janvier 2006; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_95/2007 du 29 août 2007 consid. 4.3). À noter, dans ce contexte, que s'il est vrai que des facteurs tels que l'âge et le manque de formation jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, le Tribunal fédéral a déjà rappelé à maintes reprises qu'ils ne constituent pas des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_44/2018 du 3 avril 2018 consid. 4.2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 381/06 du 30 avril 2007 consid. 5.2) 12. En l'espèce, les maîtres de réadaptation ont pris en considération, dans leur appréciation, des éléments qui ne sont pas liés à l'atteinte à la santé invalidante, tels que les capacités d'apprentissages très limitées (scolarité très courte, faible maîtrise du français), en raison desquelles seul un emploi simple, introduit par une mise au courant en entreprise, était exigible. Il en allait de même de sa faible adaptabilité,

A/2354/2018 - 24/25 - de son manque de proactivité, de polyvalence et d'autonomie, lesquels constituaient des freins majeurs à son employabilité et prêtaient sa réinsertion professionnelle. Il s'agit là de facteurs psychosociaux ou socioculturels qui sont étrangers à la définition juridique de l'invalidité et qui ne peuvent être pris en considération. Seul le fait que le recourant doit désormais être considéré comme un mono-manuel est pertinent. Dans ce contexte toutefois, le Tribunal fédéral a considéré qu'il y avait suffisamment

d'opportunités réalistes sur un marché du travail équilibré pour les personnes qui ne pouvaient exercer que des travaux légers de type mono- manuel, à l'instar de simples activités de surveillance, d'essais et d'inspection, ainsi que du fonctionnement et de la surveillance de machines (semi-) automatiques ou d'unités de production qui ne nécessitent pas l'utilisation des deux bras et des deux mains (arrêt du Tribunal 8C\_100/2012 du 29 mars 2012 consid. 3.4 et les références). Partant, le grief relatif au caractère irréaliste de l'activité adaptée doit être écarté. 13. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision sur opposition du 11 juin 2018 sera réformée en ce sens que l'intimée est tenue de verser une rente d'invalidité de 22% à compter du 1er janvier 2018. Le recourant, qui obtient gain de cause, a mandaté un avocat pour l'écriture du 14 juin 2019 seulement, de sorte qu'une indemnité de CHF 800.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/2354/2018 - 25/25 - 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.