

GE_GERICHTE A/4246/2017 vom 22. August 2018

GE Cour de justice, 2018-08-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4246_2017

FR: GE_GERICHTE A/4246/2017 du 22 août 2018

IT: GE_GERICHTE A/4246/2017 del 22 agosto 2018

Erwägungen

E. 4

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à St-Paul, La Réunion, FRANCE, comparant avec élection de domicile en l'étude de David MILLET recourant contre SUVA, CAISSE NATIONALE D'ASSURANCES EN CAS D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE intimée EN FAIT 1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré), né en 1954, a travaillé en qualité de boucher pour le compte de B_____ SA à Genève. À ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la SUVA, Caisse nationale d'assurances en cas d'accidents (ci-après l'assureur). ^{2.} Le 19 mai 2001, l'assuré s'est blessé à l'épaule droite en jouant au football. ^{3.} Une rupture complète des fibres antéro-supérieures du sus-épineux a été diagnostiquée (rapport de la doctoresse C_____ du 14 août 2001) et l'assuré a subi une intervention chirurgicale. ^{4.} L'assureur a pris en charge les suites du cas jusqu'à la reprise par l'assuré de son activité lucrative en septembre 2002. ^{5.} Alors qu'il travaillait depuis le 1^{er} mai 2012 pour D_____ SA (ci-après l'employeur), l'assuré a, le 23 novembre 2012, annoncé une récurrence de la rupture de la coiffe des rotateurs à l'épaule droite, entraînant une incapacité de travail totale. ^{6.} L'assureur a pris en charge la rechute. ^{7.} Le 7 janvier 2013, l'assuré a subi une nouvelle intervention chirurgicale à l'épaule droite. ^{8.} Selon les informations fournies par l'employeur le 6 mai 2013, l'assuré réalisait en 2012 un salaire mensuel brut de CHF 4'850.- versé 13 fois l'an, soit un salaire annuel de CHF 63'050.-. ^{9.} Le 8 mai 2013, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après OAI). ^{10.} Par rapport du 3 octobre 2013, la doctoresse E_____, spécialiste FMH en chirurgie et médecin d'arrondissement auprès de l'assureur, a estimé que l'activité habituelle ne pouvait plus être exercée. Dans une activité adaptée, soit avec une limitation dans les mouvements des bras au-dessus de l'horizontale et une limitation du port de charges au-delà de 5 à 10 kg, l'assuré pouvait travailler à 100%. ^{11.} Le 31 octobre 2014, l'assuré a achevé un reclassement professionnel en tant que représentant en produits de boucherie, financé par l'assurance-invalidité. À l'issue de sa formation, l'assuré n'a pas trouvé d'emploi. ^{12.} Par décision du 16 janvier 2015, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré. Il a retenu que la capacité de travail de ce dernier dans son activité habituelle en tant que boucher était nulle. Cependant, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, l'assuré pouvait travailler à plein temps dès le 3 octobre 2013 (selon l'appréciation médicale de l'assureur). L'assuré, qui était au bénéfice d'un CAP de boucher et d'une expérience de plus de 30 ans dans ce secteur, avait suivi, avec succès, un reclassement en tant que représentant en produits de boucherie du 28 octobre 2013 au 31 octobre 2014. S'agissant du calcul du degré d'invalidité, l'OAI a fixé le revenu d'invalidité à CHF 60'294.- en se référant au revenu statistique, soit l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après l'ESS) 2010, pour un

homme, ligne 27 - vente de biens de consommation - niveau 3, actualisé à 2013) et compte tenu d'un abattement de 10% en raison de l'âge. Le salaire sans invalidité s'élevant à CHF 63'050.-, la comparaison des revenus aboutissait à un degré d'invalidité de 4%, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité. !endif]>![if> 13. Dans un document interne daté du 15 février 2016, l'assureur a sélectionné notamment 5 descriptions de postes de travail (ci-après DPT) en Suisse romande, dont le salaire en 2015 était en moyenne de CHF 59'927.60.![endif]>![if> 14. Par décision du 16 février 2016, l'assureur a nié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité étant donné que le salaire sans invalidité de CHF 63'050.-, comparé au salaire avec invalidité de CHF 59'927.-, entraînait un degré d'invalidité de 4.95%, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. Par ailleurs, en l'absence d'un dossier radiologique complet concernant l'épaule droite, le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après IPAI) ne pouvait pas être examiné. !endif]>![if> 15. Suite à l'opposition formée par l'assuré contre cette décision, l'assureur l'a annulée et l'instruction médicale du dossier a été reprise.![endif]>![if> 16. Par rapport du 11 mars 2016, la doctoresse F_____, médecin en France, a indiqué que l'imagerie à résonance magnétique (ci-après IRM) de l'épaule droite révélait des remaniements arthrosiques avec stigmates d'inflammation des berges articulaires de l'articulation acromio-claviculaire, associée à une petite bursite adjacente et une amyotrophie partielle modérée des muscles supra- et infra-épineux. !endif]>![if> 17. Par rapport du 17 mai 2016, le docteur G_____, médecin généraliste en France, a attesté l'existence de séquelles fonctionnelles à l'épaule droite de l'assuré, une abduction à 90° et une antépulsion à 120° avec limitation des rotations interne et externe, ainsi qu'une amyotrophie du supra-épineux et infra-épineux de l'épaule droite et une bursite sous-acromio-claviculaire. !endif]>![if> 18. Le 15 mars 2017, l'assureur a réceptionné un rapport établi par la doctoresse G_____, médecin généraliste en France, indiquant notamment que l'assuré souffrait de scapulalgies à droite récurrentes et surtout nocturnes, une rotation interne et externe diminuée de $\frac{3}{4}$ ainsi qu'une amyotrophie importante. Il n'y avait pas de traitement médical. L'assuré présentait une incapacité à long terme d'exercer la profession de boucher ainsi qu'une gêne pour la conduite automobile. Enfin, l'état médical était stabilisé. !endif]>![if> 19. Par rapport du 1 er mai 2017, le docteur H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement, a relevé, après avoir résumé notamment les rapports établis par les médecins consultés par l'assuré et l'IRM du 11 mars 2016, qu'il persistait une raideur articulaire avec une limitation dans les rotations et l'abduction au niveau de l'horizon. Le Dr H_____ a rappelé qu'en octobre 2013, une appréciation avait défini une exigibilité en tenant compte des limitations fonctionnelles, soit les mouvements du bras droit au-dessus de l'horizontale et une limitation du port des charges au-delà de 7.5 kg. Dans un travail adapté tenant compte de ces limitations, l'assuré pouvait l'exercer à 100% sans limitation de rendement. Ainsi, selon les derniers rapports qu'il avait à disposition, l'état de l'assuré était stabilisé. Il n'y avait donc pas lieu de modifier l'exigibilité.![endif]>![if> Enfin, l'atteinte à l'intégrité était fixée à 10% en raison d'une épaule droite mobile jusqu'à 30° au-dessus de l'horizontale. 20. Dans un document du 8 juin 2017, l'assureur a recensé 203 postes compatibles, selon lui, avec les limitations fonctionnelles dont souffrait l'assuré. Les salaires minimum, maximum et moyen de ces postes s'élevaient à CHF 42'265.-, CHF 73'360.- et respectivement, CHF 57'022.-. Parmi eux, l'assureur a retenu cinq DPT, soit celles de transport de personnes (n° 10412), ouvrier de fabrication sur machines (n° 491288), ouvrier (n° 11553), assembleur de micromètres digitaux (n° 8452) et ouvrier à l'ébavurage (n° 5818). En 2014, le revenu moyen tiré des

cinq activités précitées était de CHF 60'605.- par année.![endif]>![if> 21. Par décision du 20 juin 2017, l'assureur a octroyé à l'assuré une IPAI fondée sur un degré de 10%. Le droit à une rente d'invalidité était refusé étant donné que la perte de gain était de 3.87%: il résultait en effet de l'instruction médicale que l'assuré était à même d'exercer une activité dans différents secteurs de l'industrie, à la condition qu'il ne doive ni porter de charges au-delà de 7,5 kg, ni effectuer avec le bras droit des mouvements au-dessus de l'horizontale. Une telle activité était exigible à plein temps et permettrait de réaliser un salaire annuel de CHF 60'605.-. Comparé au gain de CHF 63'050.- (CHF 4'850.- x 13) réalisable sans invalidité, il en résultait une perte de 3.87%, soit un degré n'ouvrant pas le droit à une rente d'invalidité.![endif]>![if> 22. Le 2 août 2017, l'assuré s'est opposé à cette décision en concluant à l'octroi d'une rente d'invalidité de 12%. En substance, il contestait la sélection des 5 DPT, estimant que celles-ci n'étaient pas représentatives des revenus qu'il serait en mesure effectivement de réaliser et que certaines étaient clairement inadaptées à sa situation. La DPT n° 10412 nécessitait un permis de conduire de catégorie D1 que l'assuré n'avait pas. Les DPT n° 491288 et n° 11553 nécessitaient une formation interne de 6 mois. Or, l'assuré allait avoir 63 ans et il était notoire qu'aucune entreprise ne serait disposée à l'engager. La DPT n° 5818 exigeait le port de charges jusqu'à 10 kg, ce qui était contraire à l'avis du médecin d'arrondissement. En outre, l'assureur avait sélectionné des DPT ayant des revenus moyens supérieurs à la moyenne des salaires moyens déterminés sur la base des 203 DPT.![endif]>![if> 23. Dans un document du 18 septembre 2017, l'assureur a effectué une nouvelle recherche de 197 postes compatibles, selon lui, avec les limitations fonctionnelles dont souffrait l'assuré. Les salaires minimum, maximum et moyen de ces postes s'élevaient à CHF 42'265.-, CHF 72'800.-, et respectivement, CHF 56'576.-. Parmi eux, l'assureur a sélectionné les mêmes DPT que celles retenues le 8 juin 2017, à l'exception de la DPT n° 10412 (transport de personnes), qu'il a remplacée par la DPT n° 7077 (monteur en appareil). En 2014, le revenu moyen tiré des cinq DPT sélectionnées était de CHF 59'980.- par année.![endif]>![if> 24. Par décision sur opposition du 21 septembre 2017, l'assureur a maintenu sa position. Le fait que l'exercice de certaines activités suppose une formation interne de plusieurs mois, alors que l'assuré était proche de l'âge de la retraite, ne pouvait être retenu: les DPT ne servaient pas à procurer à l'assuré un poste de travail, mais uniquement à déterminer le revenu d'invalidé sur la base des possibilités d'emploi concrètes et exigibles. L'assureur admettait toutefois que la DPT n° 10412 n'était pas particulièrement bien adaptée à l'état de santé de l'assuré. Une nouvelle DPT (n° 7077, monteur en appareil) avait donc été versée au dossier, afin de répondre à ses limitations fonctionnelles. Vu la nouvelle recherche effectuée le 18 septembre 2017, il existait toujours un grand nombre de postes de travail correspondant au profil de l'assuré et offrant des rémunérations annuelles oscillant entre CHF 42'265.- et CHF 72'800.-.![endif]>![if> Par ailleurs, hormis l'activité d'ouvrier à l'ébavurage (DPT n° 5818) pour laquelle le salaire moyen de CHF 62'450.- était légèrement supérieur au 10% de la moyenne des salaires moyens de CHF 56'576.-, aucun des autres salaires moyens retenus pour le calcul du revenu d'invalidé ne dépassait ce taux. En outre, une majeure partie des DPT entrant en considération faisait référence à un salaire moyen qui était égal ou supérieur à CHF 54'900.-, lequel correspondait au salaire moyen le plus bas des 5 DPT, après remplacement de la DPT n° 10412 par la DPT n° 7077. Ainsi, le choix des DPT restait dans une fourchette qui était objectivement représentative des revenus que l'assuré était susceptible de toucher sur le marché du travail. Enfin, la critique portant sur la DPT n° 5818 n'était pas non plus justifiée, dans la mesure où les pièces à manier ne dépassaient pas 4 kg selon les

explications figurant dans la description détaillée de ce poste de travail. Ainsi, la nouvelle recherche de DPT effectuée le 18 septembre 2017 démontrait qu'il existait, sur le marché général du travail, des emplois légers et adaptés à la situation de l'assuré. De telles places permettaient de réaliser un salaire annuel moyen de CHF 59'980.-. Comparé au revenu sans invalidité de CHF 63'050.-, il en résultait une perte de gain de 4,87%, soit un degré d'invalidité n'ouvrant pas le droit à une rente d'invalidité. 25. Par acte du 23 octobre 2017, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, a interjeté recours contre cette décision, concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité d'au moins 17% à compter du 1^{er} novembre 2014. 26. Le recourant conteste le choix des DPT opéré par l'intimée. Celle-ci n'expliquait pas pour quels motifs les 5 DPT avaient été sélectionnées, et partant, pour quelles raisons les autres DPT avaient été exclues. L'application des DPT permettait ainsi à l'intimée de choisir à sa guise la perte de gain qui lui convenait, sans qu'une réelle contestation s'avère possible. Le recourant se trouvait donc soumis à une certaine forme d'arbitraire face au choix concret des DPT. Par ailleurs, aucune des DPT sélectionnées en juin 2017 n'avait un salaire moyen inférieur à celui du champ statistique. En outre, alors que la première décision se basait sur des salaires de 2015, celle du 21 septembre 2017 se fondait sur des salaires de 2014. De surcroît, le salaire de valide du recourant datait de 2012 alors que les salaires DPT dataient de 2014 et 2015. La comparaison des salaires s'appuyait donc sur des années différentes et omettait de prendre en compte l'évolution des salaires. S'agissant des DPT n° 491288 et n° 11553, le recourant a souligné qu'elles nécessitaient une formation interne de 6 mois, et respectivement jusqu'à 3 mois pour la DPT n° 8452. Or, il était notoire qu'aucune entreprise ne serait intéressée à l'engager et à le former, étant donné qu'il était déjà âgé de 63 ans. Enfin, la DPT n° 5818 exigeait de soulever des charges jusqu'à 10 kg, ce qui excédait la tolérance de 7.5 kg fixée par le médecin d'arrondissement. Le recourant proposait de retenir cinq autres DPT pour un salaire moyen de CHF 55'733.-, lequel, comparé au salaire sans invalidité indexé à 2014 (CHF 64'190.-), entraînait un degré d'invalidité de 13.17%. Le recourant a également fait valoir qu'il était âgé de 63 ans et que ses chances concrètes de réinsertion étaient plus maigres que celle d'une personne plus jeune. Or, en recourant aux salaires statistiques, il pourrait profiter pleinement d'un abattement qui permettrait de tenir compte de ce contexte particulier. Ainsi, en prenant en compte les ESS 2012, le revenu d'invalidité serait de CHF 52'851.65 (avec un abattement de 25% pour tenir compte de sa situation particulière). En comparant ce revenu à celui sans invalidité en 2012 (CHF 63'050.-), il s'ensuivait un degré d'invalidité de 16.18%. 27. Par réponse du 5 janvier 2018, l'intimée a conclu, sous suite de dépens, au rejet du recours. Elle a fait valoir notamment que la recherche des DPT effectuée le 18 septembre 2017 remplissait les critères posés par la jurisprudence. Ainsi, rien ne justifiait que l'on écarte l'application de la méthode fondée sur les DPT. 28. En particulier, la DPT n° 5818 précisait que les charges à manipuler ne dépassaient pas les 4 kg, de sorte que le recourant pouvait assumer cette activité. À toutes fins utiles, l'intimée produisait la DPT n° 341319 qui pouvait, en tant que de besoin, se substituer à celle sous le n° 5818. Par ailleurs, contrairement à ce qu'avancait le recourant, les deux termes de la comparaison des revenus retenus dans la décision litigieuse concernaient l'année 2014, soit le moment de l'ouverture du droit éventuel à une rente d'invalidité. Quoi qu'il en soit, l'évaluation du taux d'invalidité sur la base des ESS ne serait pas plus favorable au recourant, car le revenu obtenu serait de CHF 59'807.81 (ESS 2014, TA1_skill_level, niveau 1, durée du travail hebdomadaire de 41.7, avec un abattement de 10% pour tenir compte de l'âge), ce qui n'ouvrirait pas le droit à la rente. 29. Le 8 janvier 2018, le recourant

a produit un rapport établi le 4 janvier 2018 par le docteur I_____, chirurgien orthopédiste en France, que le recourant avait mandaté en tant qu'expert. Selon ce rapport, une IRM de l'épaule droite et une IRM de l'épaule gauche avaient été effectuées les 6 et 7 novembre 2017. Suite à un examen du recourant réalisé le 4 décembre 2017, l'expert a indiqué que les dernières IRM montraient à l'épaule droite une dégradation et une importante usure de tous les tendons de la coiffe des rotateurs et à gauche une tendinopathie sévère du sus-épineux avec fissuration longitudinale à gauche. Selon ce médecin, les limitations fonctionnelles retenues par l'intimée n'étaient plus correctes car le recourant avait du mal à atteindre l'horizontale avec son bras droit et il était incapable de soulever une charge de plus de 5 kg au-dessus de 60°. Par ailleurs, l'épaule gauche présentait une atteinte de la coiffe des rotateurs, ce qui relevait d'une maladie professionnelle. Le recourant ne pouvait reprendre son activité de boucher, ni toute autre activité professionnelle physique sollicitant les membres supérieurs. Il subissait une invalidité importante, soit « une IPP » de 10% pour l'épaule droite et de 20% à l'épaule gauche.![endif]>![if> Selon le recourant, les limitations fonctionnelles retenues dans la décision litigieuse n'étaient plus d'actualité au vu des conclusions du Dr I_____. Partant, la sélection des DPT effectuée par l'intimée s'avérait erronée. En outre, vu le rapport de l'expert, l'épaule gauche subissait une diminution de l'intégrité de l'ordre de 20%. Par conséquent, le recourant concluait à l'octroi d'une IPAI de CHF 21'360.- pour les lésions subies à l'épaule gauche. 28. Par écriture du 29 janvier 2018, le recourant a fait valoir que l'intimée n'expliquait pas concrètement sur la base de quels critères elle avait procédé à la sélection des 5 DPT. Celle-ci était donc arbitraire. Par ailleurs, le revenu de valide du recourant remontait à l'année 2012, alors que le gain d'invalide était basé sur l'année 2014. ![endif]>![if> 29. Par duplique du 15 février 2018, l'intimée a persisté dans ses conclusions.![endif]>![if> 30. Après avoir adressé une copie de cette écriture au recourant, la chambre de céans a gardé la cause à juger. ![endif]>![if> EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1 er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).![endif]>![if> Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. 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.![endif]>![if> Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA ; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). 3. 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.![endif]>![if> 4. Le recours, formé dans le délai et selon la forme prescrits (art. 56 et ss LPGA), sera déclaré recevable.![endif]>![if> 5. Le litige porte sur le degré d'invalidité que présente le recourant en raison de son atteinte à l'épaule droite.![endif]>![if> 6. Dans son écriture du 8 janvier 2018, le recourant conclut à

l'octroi d'une IPAI pour les lésions subies à son épaule gauche.![endif]>![if> La chambre de céans relèvera que 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). En l'occurrence, dans sa décision litigieuse, l'intimée ne s'est pas prononcée sur le droit éventuel du recourant à des prestations en lien avec son épaule gauche. Partant, la chambre de céans ne saurait se prononcer sur ce point dans le cadre de la présente procédure. La conclusion prise par le recourant dans son écriture du 8 janvier 2018 sera, par conséquent, déclarée irrecevable. 7. a. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGGA).![endif]>![if> 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). b. Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGGA) à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). L'art. 8 LPGGA précise qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGGA). 8. a. 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> 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 LPGGA), 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 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 du médecin soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3). c. 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. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social 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. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale, établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). 9. 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> 10. En l'occurrence, l'intimée a retenu, en se fondant sur les conclusions du Dr H_____ du 1 er mai 2017, que le recourant présente, en raison de son atteinte à l'épaule droite, une incapacité de travail totale dans son activité habituelle. Par contre, dans une activité adaptée, soit sans port de charges de plus de 7,5 kg et sans mouvements du bras droit au-dessus de l'horizontale, la capacité de travail est entière et sans baisse de rendement.!>[endif]>![if> Si, dans le cadre de son recours interjeté le 23 octobre 2017, le recourant ne contestait ni l'existence d'une capacité de travail entière sans baisse de rendement dans une activité adaptée, ni les limitations fonctionnelles retenues par l'intimée, dans son écriture du 8 janvier 2018 par contre, il soutient, en se référant au rapport du Dr I_____, que les limitations fonctionnelles précitées ne sont plus d'actualité. Le Dr I_____ a, par rapport du 4 janvier 2018, indiqué, en se basant sur une IRM de l'épaule droite du recourant effectuée le 6 novembre 2017 et sur un examen clinique réalisé le 4 décembre 2017, qu'il existe une dégradation et une importante usure de tous les tendons de

la coiffe des rotateurs à l'épaule droite, que le recourant a du mal à atteindre l'horizontale avec son bras droit et qu'il est incapable de soulever une charge de plus de 5 kg au-dessus de 60°. Selon ce médecin, le recourant ne peut reprendre son activité habituelle, ni toute autre activité sollicitant les membres supérieurs. La chambre de céans relèvera que selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). En l'occurrence, dans la mesure où le Dr I_____ se fonde sur des éléments de faits postérieurs à la décision litigieuse du 21 septembre 2017, soit une IRM effectuée le 6 novembre 2017 et un examen réalisé le 4 décembre 2017, il n'y a pas lieu de prendre en compte - dans le cadre de la présente procédure - la péjoration de l'épaule droite du recourant que ce médecin a constatée. Par ailleurs, force est de constater l'absence de toute autre appréciation sur la capacité de travail résiduelle du recourant qui justifierait d'écarter les conclusions du Dr H_____. En conséquence, il convient de retenir qu'au moment de la décision litigieuse du 21 septembre 2017, le recourant disposait, en raison de son atteinte à l'épaule droite, d'une capacité de travail entière et sans baisse de rendement dans une activité adaptée, soit sans port de charges de plus de 7,5 kg et sans mouvements du bras droit au-dessus de l'horizontale. La décision sur opposition du 21 septembre 2017 n'est donc pas critiquable sur ce point. 11. Il convient à présent d'examiner le degré d'invalidité présenté par le recourant. 12. a. 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). Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. C'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence). Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'assuré. Il correspond au revenu effectivement réalisé par l'intéressé pour autant que les rapports de travail apparaissent particulièrement stables, qu'en exerçant l'activité en question celui-ci mette pleinement en valeur sa capacité résiduelle de travail raisonnablement exigible et encore que le gain ainsi obtenu corresponde à son rendement effectif, sans comporter d'éléments de salaire social. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - 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 ou sur les données salariales résultant des DPT établies par la SUVA (ATF 135 V 297 consid. 5.2 ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1). b. La détermination du revenu d'invalide sur la base des DPT suppose, en sus de la production d'au moins cinq DPT, la communication du nombre total des postes de travail pouvant entrer en considération d'après le type de handicap, ainsi que du salaire le plus haut, du salaire le plus bas, et du salaire moyen du groupe auquel il est fait référence. Lorsque le revenu d'invalide est déterminé sur la base des DPT, une réduction du salaire, eu égard au système même des DPT, n'est ni justifiée ni admissible (ATF 129 V 472). 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 (ATF 129 V 472 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 471/04 du 16 juin 2005 consid. 3.3).

c. En l'absence de DPT recueillies conformément aux exigences jurisprudentielles, il convient pour déterminer le revenu d'invalidé de se fonder sur les salaires qui ressortent des ESS (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). Dans ce cas, il convient de se baser, 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). À noter que la table TA1 des ESS publiées jusqu'en 2010 correspond à la table TA1_skill_level des ESS publiées depuis 2012 (cf. lettre circulaire AI n° 328 du 22 octobre 2014). 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 (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 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).

13. L'invalidité est une notion économique et non médicale, où sont prises en compte les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de gain (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 15/06 du 21 décembre 2006 consid. 2.2). 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 (ATF 126 V 288 consid. 2d ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 853/05 du 28 décembre 2006 consid. 4.1.1). Si le Tribunal fédéral a confirmé le caractère uniforme de la notion d'invalidité dans les différentes branches d'assurance, il a renoncé à la pratique consistant à accorder en principe plus d'importance à l'évaluation effectuée par l'un des assureurs sociaux, indépendamment des instruments dont il dispose pour instruire le cas et de l'usage qu'il en a fait dans un cas concret. Certes, il faut éviter que des assureurs procèdent à des évaluations divergentes dans un même cas. Mais même si un assureur ne

peut en aucune manière se contenter de reprendre, sans plus ample examen, le taux d'invalidité fixé par un autre assureur, une évaluation entérinée par une décision entrée en force ne peut pas rester simplement ignorée. Toutefois, il convient de s'écarter d'une telle évaluation lorsqu'elle repose sur une erreur de droit ou sur une appréciation insoutenable ou encore lorsqu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec l'assuré. À ces motifs de divergence, il faut ajouter des mesures d'instruction extrêmement limitées et superficielles, ainsi qu'une évaluation pas du tout convaincante ou entachée d'inobjectivité. Enfin, un assureur social ne saurait être contraint, par le biais des règles de coordination de l'évaluation de l'invalidité, de répondre de risques qu'il n'assure pas, notamment, pour un assureur-accidents, une invalidité d'origine malade non-professionnelle (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 406/01 du 28 novembre 2002 consid. 1.2).

14. a. En l'occurrence, l'intimée ne s'est pas référée au degré d'invalidité établi par l'OAI, mais a procédé à sa propre évaluation. Le droit éventuel à une rente d'invalidité s'est ouvert en 2014, de sorte que la comparaison des salaires doit se faire au regard de cette année-là. b. S'agissant du salaire annuel sans invalidité que le recourant aurait pu obtenir en 2014, c'est à juste titre que ce dernier conteste le montant retenu par l'intimée (CHF 63'050.-), puisqu'il s'agit, selon les informations fournies par l'employeur en date du 6 mai 2013, du salaire réalisé en 2012. Le montant de CHF 63'050.- en 2012 doit donc être porté à CHF 63'972.12, indexé à 2014 selon l'évolution des salaires en termes nominaux pour les hommes (ISS, en 2012 : 2188 et en 2014 : 2220; soit CHF 63'050 x 2220 /2188). c. Quant au revenu avec invalidité retenu (CHF 59'980.-), l'intimée a appliqué la méthode des DPT. Elle a retenu cinq postes dans les cantons de Vaud et Genève, à savoir les n° 7077 (monteur en appareil), 491288 (ouvrier de fabrication sur machines), 11553 (ouvrier), 8452 (assembleur de micromètres digitaux) et 5818 (ouvrier à l'ébavurage). Ces DPT ont été établies en fonction des conditions salariales valables en 2014, soit l'année de l'ouverture éventuelle du droit à la rente.

15. Pour qu'il soit admissible de se référer à ce revenu avec invalidité, les activités décrites dans les DPT doivent être compatibles avec l'état de santé de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral 8C_667/2017 du 19 juin 2018 consid. 4.2). Or, tel est bien le cas en l'espèce, puisqu'aucun des postes n'exige que l'employé soulève des charges au-dessus du buste, ni qu'il travaille au-dessus de la tête. En outre, tous les postes, excepté le n° 5818, impliquent le port de charges de moins de 5 kg. S'agissant de la DPT n° 5818, celle-ci évoque, de manière générale, le port de charges moyennes allant de 5 à 10 kg, et de manière particulière, le fait que les pièces à manier ne dépassent pas les 4 kg. Quoi qu'en dise le recourant, même si ce poste de travail implique le port de charges de 5 à 10 kg, cette exigence n'a toutefois pas pour conséquence de rendre cette activité incompatible avec son état de santé. En effet, force est de constater que cette occurrence ne se produit que rarement dans la journée de travail : temps cumulé ne dépassant pas une demi-heure par jour. Qui plus est, selon l'appréciation de la Dresse E_____ (rapport du 3 octobre 2013), à laquelle se réfère pleinement le Dr H_____, le port de charges de 5 à 10 kg est compatible avec les atteintes du recourant.

Le recourant conteste par ailleurs l'application de la méthode des DPT, estimant que celle-ci serait arbitraire dans son résultat et que le choix de 5 autres DPT conduirait à l'octroi d'une rente d'invalidité. En outre, le recourant fait valoir que trois DPT impliquent une formation interne de plusieurs mois, alors que ses chances de trouver un emploi sont plus maigres que celles d'une personne plus jeune. Or, en recourant aux ESS, il pourrait profiter pleinement d'un abattement de 25% compte tenu de son âge (63 ans), de sorte qu'il présenterait une incapacité de gain d'au moins 17%. La chambre de céans rappellera que la détermination du revenu d'invalidité sur la base des données salariales

résultant des DPT suppose, en sus de la production d'au moins 5 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. Or, l'intimée a satisfait à ces exigences puisqu'elle a précisé que 197 postes entraient en considération eu égard aux restrictions fonctionnelles présentées par le recourant et à la région retenue, et a indiqué les salaires minimum (CHF 42'265.-), maximum (CHF 72'800.-) et moyen (CHF 56'576.-). Quoi qu'en dise le recourant, dès lors que l'intimée a déterminé le revenu d'invalidité en se fondant sur un groupe de 5 DPT (parmi les 197 DPT), ce qui correspond au minimum exigé par la jurisprudence pour valider le recours au DPT, le résultat obtenu ne saurait être qualifié de contraire au droit et encore moins d'arbitraire, même si le salaire moyen tiré de l'ensemble des 197 postes de travail se révèle plus favorable au recourant (CHF 56'576.- au lieu de CHF 59'980.- pour une activité à plein temps). Les DPT ayant été recueillies conformément aux exigences posées par la jurisprudence, il n'y a donc aucune raison de s'en écarter. Au demeurant, même en calculant le revenu d'invalidité sur la base des ESS, comme le demande le recourant afin de tenir compte de son âge, on n'obtiendrait pas un taux d'incapacité de gain ouvrant droit à une rente d'invalidité. La chambre de céans rappellera qu'en matière d'assurance-accidents, l'art. 28 al. 4 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202), en lien avec l'art. 18 al. 2 LAA, commande de faire abstraction du facteur de l'âge pour les deux termes de la comparaison des revenus (ATF 134 V 392 consid. 6.2; ATF 122 V 418 consid. 3b). Par conséquent, l'évaluation de l'invalidité par l'assurance-invalidité, menée en fonction de la jurisprudence applicable dans ce domaine pour les assurés qui se trouvent proches de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse (ATF 143 V 431 consid. 4.5; ATF 138 V 457 consid. 3.1), n'a pas de force contraignante pour l'assureur-accidents (ATF 131 V 362 consid. 2.3). Au contraire, l'art. 28 al. 4 OLAA vise à empêcher l'octroi de rentes d'invalidité de l'assurance-accidents qui comporteraient, en fait, une composante de prestation de vieillesse (arrêt du Tribunal fédéral 8C_37/2017 du 15 septembre 2017 consid. 6.1 et les références). Par ailleurs, selon un arrêt du Tribunal fédéral 8C_227/2017 du 17 mai 2018 (consid. 5), l'âge d'un assuré ne constitue pas per se un facteur de réduction du salaire statistique. Autrement dit, il ne suffit pas de constater qu'un assuré a dépassé la cinquantaine au moment déterminant du droit à la rente pour que cette circonstance justifie de procéder à un abattement. L'effet de l'âge combiné avec un handicap doit faire l'objet d'un examen dans le cas concret, les possibles effets pénalisants au niveau salarial induits par cette constellation aux yeux d'un potentiel employeur pouvant être compensés par d'autres éléments personnels ou professionnels tels que la formation et l'expérience professionnelle de l'assuré concerné (voir l'arrêt du Tribunal fédéral 8C_439/2017 du 6 octobre 2017 dans lequel il a été jugé, à propos d'un assuré ayant atteint 62 ans à la naissance du droit à la rente, qu'il n'y avait pas d'indices suffisants pour retenir qu'un tel âge représentait un facteur pénalisant par rapport aux autres travailleurs valides de la même catégorie d'âge, eu égard aux bonnes qualifications professionnelles de celui-ci). Enfin, le Tribunal fédéral a récemment précisé qu'il n'avait pas encore tranché la question de savoir si, dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, le critère de l'âge constitue un critère d'abattement ou si, dans ce domaine, l'influence de l'âge sur la capacité de gain doit être prise en compte uniquement dans le cadre de la réglementation particulière de l'art. 28 al. 4 OLAA (arrêt du Tribunal fédéral 8C_849/2017 du 5 juin 2018 consid. 3.2 et les références citées). En l'occurrence, cette question peut demeurer indécidée, car quand bien même un abattement sur le salaire statistique serait pris en considération pour tenir compte

de l'âge du recourant à la naissance du droit éventuel à la rente (60 ans en 2014), le degré d'invalidité obtenu ne lui serait pas plus favorable. En effet, compte tenu de l'activité de substitution raisonnablement exigible de sa part dans un emploi adapté à son état de santé, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives (niveau de qualification 1) dans le secteur privé, à savoir CHF 63'744.- par année (CHF 5'312.- x 12; ESS 2014, TA1_tirage_skill_level). Au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services, on doit en effet convenir qu'un certain nombre d'entre elles sont légères et adaptées aux handicaps du recourant. Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de 40 heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2014 (41.7 heures, Office fédéral de la statistique – statistique de la durée normale du travail dans les entreprises, DNT), ce montant doit être porté à CHF 66'453.12 (CHF 63'744.- x 41.7 / 40). Enfin, si un éventuel abattement de 10% devait s'appliquer pour prendre en considération l'âge du recourant, comme l'a indiqué l'intimée, le 5 janvier 2018, dans les limites de son pouvoir d'appréciation - étant précisé que le recourant ne conteste pas que les autres circonstances personnelles et professionnelles permettant une réduction du salaire statistique n'entrent en l'espèce pas en ligne de compte - le salaire annuel avec invalidité s'élèverait à CHF 59'807.81 (CHF 66'453.12 – CHF 6'645.31). La comparaison du salaire annuel sans invalidité (CHF 63'972.12) avec le salaire annuel avec invalidité (CHF 59'807.81), aboutit à un degré d'invalidité de 6,50% ($(63'972.12 - 59'807.81) / 63'972.12 \times 100$), soit un taux n'ouvrant pas le droit à une rente d'invalidité. Partant, la décision litigieuse ne prête pas le flanc à la critique. 16. Compte tenu de ce qui précède, le recours, mal fondé, sera rejeté. 17. Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à une indemnité de procédure (art. 61 let. g LPGA). 18. L'intimée conclut à l'octroi de dépens. De jurisprudence constante, les assureurs sociaux qui obtiennent gain de cause devant une juridiction de première instance n'ont droit à une indemnité de dépens dans aucune des branches de l'assurance sociale fédérale, sauf en cas de recours téméraire ou interjeté à la légère par l'assuré ou lorsque, en raison de la complexité du litige, on ne saurait attendre d'une caisse qu'elle se passe des services d'un avocat indépendant (ATF 126 V 143 consid. 4b). Les conditions justifiant une dérogation à la règle n'étant pas réalisées dans le cas d'espèce, l'intimée ne peut se voir allouer une telle indemnité. 19. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA). **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.