



POUVOIR JUDICIAIRE

A/3127/2018

ATAS/1052/2019

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 13 novembre 2019

4^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à VERNIER, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Pascal PETROZ

recourant

contre

SWICA ASSURANCES SA, sise Römerstrasse 37,
WINTERTHUR, représentée par SWICA ORGANISATION DE
SANTE, Direction régionale de Lausanne, sise boulevard de
Grancy 39, LAUSANNE

intimée

**Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Rosa GAMBA et Larissa
ROBINSON-MOSER, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1965, exerce conjointement avec son épouse la fonction d'associé-gérant des sociétés B_____ Sàrl et C_____ Sàrl, dont il est par ailleurs salarié et dont le but social est l'exploitation de trois cafés-restaurants à Genève (restaurant « La D_____ », café « E_____ » et bar « F_____ »). À ce titre, il est assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de SWICA Assurances SA (ci-après : SWICA ou l'intimée).
2. Le 3 mars 2011, l'assuré a chuté alors qu'il circulait en scooter, ce qui lui a occasionné des fractures du poignet droit et de l'épaule gauche (fractures de l'extrémité distale du radius droit et du trochiter gauche). Il a séjourné aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : les HUG), où il été opéré du poignet droit le 7 mars 2011. Le 7 septembre 2011, il a subi une nouvelle intervention chirurgicale du poignet droit et de l'épaule gauche. Divers certificats d'arrêt de travail lui ont été prescrits par son chirurgien, le docteur G_____.
3. L'assuré a annoncé le sinistre à SWICA, laquelle a pris en charge les suites de l'accident. L'assuré a parallèlement déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI). SWICA lui a versé des indemnités journalières à 100% du 4 mars au 20 novembre 2011, à 50% du 21 novembre 2011 au 31 août 2015 et enfin à 35% du 1^{er} septembre 2015 au 31 août 2017.
4. À l'occasion d'un entretien avec un collaborateur de SWICA, le 6 février 2012, l'assuré a indiqué qu'en raison de son absence, il avait dû engager son frère, en juin 2012 (recte : mai 2011), pour assurer la pérennité de ses entreprises. Actuellement, ses trois restaurants tournaient grâce à son frère et à ses beaux-frères.
5. SWICA a diligenté une première expertise auprès de la doctresse H_____, spécialiste FMH en chirurgie de la main. Dans son rapport du 21 mai 2012, l'experte a retenu les diagnostics de « status post fracture intra-articulaire plurifragmentaire déplacée de l'extrémité du radius droit le 3 mars 2011, traitée par réduction, ostéosynthèse à ciel ouvert et mise en place de Tutoplast le 7 mars 2012 », ainsi que de « status post-fracture du trochiter gauche le 3 mars 2011, traitée initialement conservativement ». Suite à sa fracture complexe et déplacée du radius droit le 3 mars 2011, l'assuré avait été opéré le 7 mars 2011, puis le matériel d'ostéosynthèse lui avait été retiré le 7 septembre 2011, mais une vis s'était brisée et son filetage était resté en place. Un arthro-scanner réalisé en février 2012 avait encore mis en évidence, entre autres, une rupture centrale du ligament luno-triquétral et une fissuration du versant radio-ulnaire distal du TFCC. Objectivement, vu la gravité des lésions, la récupération fonctionnelle avait évolué de manière relativement favorable, mais le pronostic demeurait réservé : le traumatisme majeur qu'avait subi l'assuré était propre à engendrer des lésions dégénératives précoces du poignet, lesquelles aboutiraient probablement à des

conséquences très handicapantes sur le plan fonctionnel. À ce stade, on pouvait encore espérer une régression du syndrome douloureux résiduel et une discrète amélioration de la fonction du poignet et de la force. L'assuré était limité dans toutes les activités manuelles impliquant la main et le poignet droit, en particulier celles qui étaient répétitives ou exigeaient de la force, respectivement le port de charges. Dans l'activité de restaurateur, l'intéressé était toujours en arrêt de travail à 50% depuis le 21 novembre 2011, mais l'on pouvait envisager, dans les six mois, une augmentation progressive de sa capacité de travail, visant un objectif de 60% à 75%. En revanche, dans une activité non manuelle ou dans une activité manuelle légère, n'impliquant pas l'utilisation répétée de la main droite, on pouvait exiger de lui qu'il travaille à 100%, avec un plein rendement.

6. SWICA a mandaté le docteur I_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, en vue de réaliser une seconde expertise. Selon le rapport de l'expert, daté du 19 février 2013, l'accident de mars 2011 avait provoqué une fracture du radius distal droit, qui avait évolué vers une arthrose radio-carpienne, ainsi qu'une fracture légèrement déplacée du trochiter gauche, dont l'évolution avait été favorable. L'assuré se plaignait surtout de douleurs au niveau du poignet droit, mais également d'une modeste gêne résiduelle au niveau de l'épaule gauche. Il avait spontanément optimisé son poste de travail, en privilégiant les tâches administratives, respectivement de surveillance, et en déléguant les travaux lourds. Actuellement, il souffrait toujours d'une arthrose post-traumatique du poignet droit, qu'un traitement n'était pas susceptible d'améliorer. En raison des séquelles traumatiques, il était entravé dans les mouvements répétés et les efforts du poignet, ce qui le limitait dans la composante de manutention de sa profession de restaurateur. Dans son activité habituelle de restaurateur, on pouvait s'attendre à ce qu'il retrouve une capacité de travail d'au moins 70% (soit une perte de rendement de 30%), moyennant une adaptation du poste de travail, une délégation de tâches ainsi que le port d'un bracelet de contention. En revanche, dans toute profession ne nécessitant ni efforts, ni mouvements répétés du poignet droit – telle qu'une activité légère dans l'industrie ou une activité monomanuelle –, il disposait d'ores et déjà d'une pleine capacité de travail. Enfin, l'arthrose post-traumatique moyenne à grave dont il souffrait justifiait l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10%.
7. L'OAI a transmis à SWICA un rapport d'enquête pour activité professionnelle indépendante, daté du 23 octobre 2014. L'enquêtrice y a retenu que, depuis son accident de la voie publique en 2011, l'assuré présentait une capacité résiduelle de travail de 70% dans son activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée. Avant son accident, l'assuré travaillait 42 heures par semaine et consacrait 30% de son temps à la gestion de ses trois restaurants, notamment aux contrôles, à la vérification de la bonne marche de ces établissements et à la fidélisation de la clientèle. En outre, il consacrait 20% de son temps au service et à la cuisine, où il donnait des « coups de main », ce qui impliquait le port de caisses. Enfin, il consacrait 50% de son temps aux commissions pour ses trois restaurants – qu'il

livrait trois fois par jour – et à la gestion du stock des boissons. Depuis son accident, l'assuré s'occupait principalement de l'aspect organisationnel de ses restaurants, des achats de la comptabilité, de la fidélisation des clients et des relations publiques. Il travaillait principalement sur l'ordinateur. Selon l'enquêtrice, l'intéressé était toujours pleinement capable d'assumer la gestion de ses restaurants (incapacité de travail pondérée de 0%), mais en raison de son arthrose post-traumatique du poignet, il ne pouvait plus du tout effectuer le service et l'aide en cuisine (incapacité de travail pondérée de 100%), tandis qu'il ne pouvait plus que partiellement effectuer les commissions pour ses établissements (incapacité de travail pondérée de 15%, correspondant à 30% de 50%), conformément aux conclusions des experts. Globalement, selon l'enquêtrice, la comparaison des champs d'activité aboutissait à des empêchements pondérés de 35%. Par ailleurs, en évaluant le degré d'invalidité selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus, l'enquêtrice était parvenue à une perte de gain de 33%. Pour ce faire, elle avait tenu compte, d'une part, d'un revenu sans invalidité (CHF 110'216.-) chiffré sur la base du salaire moyen qu'avait perçu l'assuré de 2008 à 2010, cumulé à la moitié du bénéfice réalisé par ses restaurants durant ces trois années, d'autre part d'un revenu d'invalidité (CHF 73'176.-) estimé sur la base du salaire qu'il avait touché en 2012, après déduction de la moitié des pertes qu'avaient accusées ses restaurants cette année-là. S'agissant du personnel, l'enquêtrice a précisé qu'il était certes mentionné dans les expertises que l'assuré avait dû engager son frère, en juin 2012, mais qu'en réalité, son frère avait toujours été salarié du restaurant « La D_____ », repris sous le nom « E_____ ». Quant au bar « F_____ », il était apparemment géré par son beau-frère, mais celui-ci avait commencé à travailler au sein de l'établissement en 2009. En conclusion, l'enquêtrice a retenu qu'en 2012, l'assuré avait présenté un degré d'invalidité de 33%. Dès le mois de février 2013, il avait recouvré une capacité résiduelle de travail de 70% dans son activité habituelle de gérant de restaurant, de sorte que, dès ce moment-là, sa perte de gain (30%) se confondait avec son incapacité de travail.

8. Par décision du 16 avril 2015, confirmant un préavis du 20 février 2015, l'OAI a refusé d'accorder à l'assuré toute prestation. Se ralliant aux conclusions du rapport d'enquête, il a retenu que l'assuré avait présenté un degré d'invalidité de 33% en 2012. Depuis le mois de février 2013, il présentait une perte de gain de 30%, équivalente à son incapacité de travail.
9. Par pli du 24 novembre 2015, SWICA a indiqué à l'assuré qu'il tenait compte, pour fixer l'indemnité journalière dès le 1^{er} septembre 2015, d'une incapacité de travail de 35%, conformément au rapport d'enquête de l'OAI, quand bien même le médecin traitant avait continué d'établir des certificats d'arrêt de travail à 50%.
10. Le 11 octobre 2016, l'assuré s'est entretenu une nouvelle fois avec un collaborateur de SWICA : il n'était pas propriétaire des locaux hébergeant les établissements « F_____ » et « La D_____ ». Deux ans auparavant, les propriétaires avaient effectué des travaux dans le restaurant « La D_____ », qui avaient engendré une

augmentation du loyer de CHF 600.- par mois. En outre, une année auparavant, la porte de l'établissement « F_____ » avait été changée, ce qui avait engendré une augmentation du loyer de CHF 175.- par mois. Par ailleurs, la clientèle de l'établissement « F_____ » avait récemment diminué, compte tenu de l'ouverture d'un kebab et de la suppression par la ville des places de parc situées devant l'établissement. Actuellement, les trois restaurants comptaient treize ou quatorze employés, dont deux avaient été engagés en raison de l'accident, selon l'assuré. L'intéressé disait avoir parfois renoncé à son salaire pour payer ses employés, mais ne pouvait pas préciser quand.

11. Par courrier du 13 octobre 2016, SWICA a invité l'assuré à la renseigner au sujet des deux employés que celui-ci disait avoir engagés (noms, fonction, durée et taux de l'engagement). Elle a également sollicité la transmission de diverses pièces comptables.
12. Le 23 novembre 2016, SWICA a informé l'assuré qu'elle suspendait le versement des indemnités journalières, compte tenu du fait qu'il n'avait pas transmis les renseignements demandés. Elle a par ailleurs requis – et obtenu – que lui soient communiqués les bilans des trois restaurants pour les années 2006 à 2015.
13. Invitée par SWICA à répondre à diverses questions, la fiduciaire de l'assuré a précisé, le 11 avril 2017, que le bar « F_____ » appartenait à la société C_____ Sàrl, dont il partageait la comptabilité. Par ailleurs, s'il existait une différence de CHF 57'887.- entre la masse salariale déclarée à l'AVS pour C_____ Sàrl en 2011 et celle mentionnée dans le compte de résultat 2011, c'était en raison d'« accidents et maladies non soumis à l'AVS ». Quant à la société J_____ & Cie, il s'agissait d'une raison individuelle qui n'exploitait aucun commerce, mais détenait le bail d'un bar/restaurant exploité par des tiers.
14. SWICA a chargé Monsieur K_____, titulaire d'un doctorat en économie d'entreprise, de réaliser une analyse économique des entreprises gérées par l'assuré. Dans son rapport du 7 juin 2017, le consultant a rappelé que l'assuré exploitait depuis 2006 trois restaurants à Genève, soit la pizzeria « La D_____ », le café « E_____ » et le bar « F_____ », lesquels opéraient sous deux raisons sociales distinctes, soit B_____ Sàrl et C_____ Sàrl. Plusieurs membres de sa famille travaillaient dans les trois exploitations. Le 3 mars 2011, l'assuré avait été victime d'un accident, dont il avait découlé une incapacité de travail de 100% jusqu'au 20 novembre 2011, de 50% jusqu'au 31 août 2015 et de 30% depuis le 1^{er} septembre 2015, laquelle était toujours en cours. En raison de sa blessure accidentelle au poignet droit, l'assuré ne pouvait plus effectuer certains travaux, comme aider à la cuisine et au service, ce qui correspondait à environ 20% de ses activités. En revanche, grâce à son véhicule muni d'une boîte automatique, il continuait à effectuer les courses ainsi qu'à acheter et livrer des marchandises dans ses trois exploitations. Il pouvait également exécuter sans problèmes ses tâches de management. Durant l'année 2011, soit celle de l'accident, le chiffre d'affaires qu'avait réalisé l'assuré était pratiquement le même que pour les années

précédentes et le chiffre d'affaires moyen des années ayant suivi l'accident (2012 à 2015) était légèrement supérieur à celui des années ayant précédé l'accident (2008 à 2010), ce qui démontrait que l'accident n'avait pas provoqué de diminution du chiffre d'affaires. S'agissant de l'évolution des salaires, il existait des divergences entre les comptes de résultat établis par la fiduciaire de l'assuré et les documents en possession de l'OAI (disponibles uniquement pour C_____ Sàrl), puisque les charges salariales s'élevaient à CHF 423'936.- selon le compte de résultat de C_____ Sàrl et à CHF 366'049.- selon la liste des salaires transmise par l'OAI. Le compte de résultat de C_____ Sàrl montrait une augmentation des charges salariales de CHF 117'795.- entre 2010 et 2011, tandis que les documents de l'OAI témoignaient de chiffres pratiquement identiques pour les deux années (CHF 333'909.- en 2010 et CHF 324'379.- en 2011). Le consultant estimait que seule une part minime de la hausse (de CHF 117'795.-) des charges salariales pour les tiers était imputable à l'accident. S'agissant du revenu sans invalidité (CHF 92'741.-), le consultant l'avait évalué sur la base d'une moyenne des salaires cumulés aux résultats des entreprises pour les années 2008 à 2010, relevant qu'en 2009 et 2010, l'assuré s'était versé un salaire excédant le bénéfice de ses entreprises. S'agissant du revenu d'invalidité, il était généralement évalué sur la base d'une moyenne du bénéfice annuel corrigé (salaire maximal atteignable) pendant les trois ou quatre années ayant suivi l'accident. Toutefois, dans le cas d'espèce, le bénéfice annuel avait considérablement varié entre 2011 et 2015, tandis que le chiffre d'affaires était demeuré stable en 2012, 2013 et 2015 ; selon le consultant, ces variations ne résultaient pas de l'accident. En revanche, était imputable à l'accident l'engagement d'un auxiliaire pour la cuisine et le service, ce qui avait été fait essentiellement par le biais du personnel existant, moyennant des heures supplémentaires à rémunérer. Selon le consultant, on pouvait fixer le revenu d'invalidité sur la base du résultat de 2012 (CHF 80'370.-), qui était « vraisemblablement représentatif ». Le consultant précisait que si, depuis son accident, l'assuré ne pouvait plus accomplir certaines activités dans la cuisine, le service et les achats de marchandise, il restait en mesure d'assumer la direction de ses trois restaurants.

15. Dans un préavis du 25 août 2017, SWICA a indiqué à l'assuré qu'elle envisageait de lui accorder une rente d'invalidité de 13%, conformément au rapport d'analyse économique, ainsi qu'une atteinte à l'intégrité de 10%. Par ailleurs, elle mettrait fin aux indemnités journalières dès le 1^{er} septembre 2017.
16. Après avoir recueilli les observations de l'assuré sur son préavis, SWICA, par décision du 7 février 2018, a confirmé l'octroi d'une rente d'invalidité de 13% et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10%. En raison de grandes difficultés à évaluer les revenus sans et avec invalidité, SWICA avait ordonné une analyse économique des entreprises de l'assuré. Il ressortait du rapport d'analyse que l'accident n'avait pas entraîné de diminution du chiffre d'affaires et que la masse salariale retenue par l'assurance-invalidité en 2011 (CHF 366'049.-) divergeait fortement de celle inscrite dans le compte de résultats établi par la fiduciaire de

l'assuré (CHF 423'936.-). L'expert avait chiffré le revenu sans invalidité (CHF 92'714.-) sur la base d'une moyenne des années 2008 à 2010, en tenant compte du fait que le salaire ne pouvait pas dépasser le résultat final d'exploitation. S'agissant du revenu d'invalidé, il convenait en règle générale de se fonder sur la moyenne corrigée du bénéfice annuel dans les trois ou quatre années ayant suivi l'accident. En l'occurrence, le chiffre d'affaires avait légèrement augmenté, pour rester ensuite relativement stable de 2012 à 2015, tandis que le bénéfice annuel accusait des variations très importantes, qui ne résultaient pas de l'accident. Selon l'expert, seule l'intervention ponctuelle de personnel d'appoint en cuisine et pour le service était en relation avec l'accident, et le personnel déjà en place avait probablement effectué des heures supplémentaires pour suppléer aux manquements. La comparaison de l'évolution des chiffres d'affaires avec celle des masses salariales ne permettait pas de conclure que l'accident avait conduit à une augmentation massive des coûts en personnel. En définitive, l'expert avait chiffré le revenu d'invalidé (CHF 80'370.-) sur la base du résultat de l'année 2012, qui était selon lui le plus représentatif. Sa comparaison avec le revenu sans invalidité conduisait à un taux d'invalidité de 13%.

17. Par l'intermédiaire de son conseil, l'assuré a formé opposition contre cette décision le 12 mars 2018, contestant l'évaluation de son revenu d'invalidé et reprochant plus particulièrement à l'intimée d'avoir chiffré son revenu d'invalidé sur la base de la seule année 2012, alors que son revenu sans invalidité avait été fixé sur la base d'une moyenne couvrant les années 2008 à 2010, soit pendant les trois années ayant précédé l'accident. Par ailleurs, il a requis la traduction de l'expertise économique sur laquelle reposait la décision.
18. Par décision du 11 juillet 2018, SWICA a rejeté l'opposition. Il ne se justifiait pas de traduire l'expertise économique, car celle-ci se présentait principalement sous forme de chiffres et le recourant l'avait comprise, comme en témoignait son opposition. S'agissant du revenu sans invalidité (CHF 92'714.-), l'expert avait déterminé le salaire maximal que pouvait réaliser l'assuré (en additionnant au salaire le bénéfice, en soustrayant la perte et en répercutant les variations de stocks), dont il avait ensuite calculé la moyenne pendant les trois années ayant précédé l'accident. S'agissant du revenu d'invalidé (CHF 80'370.-), l'expert avait retenu le résultat de 2012, qui était le plus représentatif, car il s'agissait de l'année ayant suivi l'accident. S'agissant du grief selon lequel l'expert avait chiffré sans explication le revenu d'invalidé sur la base d'une autre méthode que le revenu sans invalidité, SWICA relevait que l'expert avait constaté d'importantes différences entre les masses salariales indiquées par l'OAI et la fiduciaire de l'assuré. Selon les chiffres de l'OAI, les masses salariales étaient restées inchangées en 2010 et 2011. En outre, le chiffre d'affaires en 2011, année de l'accident, était pratiquement le même qu'en 2010 et le chiffre d'affaires moyen de 2012 à 2015 (CHF 1'328'526.-), soit durant les années ayant suivi l'accident, était légèrement supérieur à la moyenne des années 2008 à 2010 (CHF 1'298'705.-). L'évolution du chiffre

d'affaires et des masses salariales ne permettait pas de conclure que l'accident avait conduit à une augmentation massive des coûts en personnel. Enfin, la fluctuation des bénéficiaires des années 2011 à 2015 était importante, tandis que le chiffre d'affaires avait légèrement augmenté après l'accident, pour rester stable en 2012, 2013 et 2015 ; ces variations ne découlaient pas de l'accident. S'agissant du grief selon lequel il convenait de se fonder sur la moyenne des salaires dans la mesure où l'assuré était salarié, SWICA rétorquait qu'en comparant la moyenne des trois années de salaire ayant précédé l'accident avec la moyenne des trois années de salaire ayant suivi l'accident, on aboutissait à un taux d'invalidité de 21,9%. Cela étant, il fallait tenir compte du résultat des sociétés, car l'assuré possédait des actions dans chacune de celles-ci.

19. Par acte du 12 septembre 2018, l'assuré a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la CJCAS) d'un recours, concluant, sous suite de frais et dépens, à ce que la décision du 11 juillet 2018 soit annulée et à ce que soit effectué un nouveau calcul de son taux d'invalidité, plus particulièrement de son revenu d'invalidité. À titre préalable, il a requis la traduction du rapport d'analyse économique du 7 juin 2017.

En premier lieu, l'intimée avait violé son droit d'être entendu en refusant de traduire le rapport sur lequel reposait sa décision, quand bien même la langue officielle du canton de Genève était le français et que la procédure s'était jusqu'alors déroulée en français.

En second lieu, l'expert avait arbitrairement évalué son revenu d'invalidité en se fondant, sans explication, sur une méthode différente que celle qu'il avait utilisée pour chiffrer son revenu sans invalidité. Plus particulièrement, l'expert avait fixé le revenu d'invalidité sur la base de la seule année 2012, alors que selon la décision attaquée, il convenait généralement de se fonder sur la moyenne corrigée du bénéfice annuel réalisé dans les trois ou quatre années ayant suivi l'accident. En l'occurrence, cette moyenne ascendait à CHF 25'593.- pour les quatre, respectivement à CHF -7'689.- pour les trois années consécutives à l'accident. Il en résultait des pertes de gain respectives de 72,4% et 100%. Cela démontrait que l'accident était à l'origine de la baisse de son salaire et du résultat de ses entreprises. L'expert avait estimé que cette diminution ne résultait pas de l'accident, sans pour autant en établir la cause. De son côté, il avait expliqué qu'à la suite de son accident, il avait dû engager deux employés supplémentaires pour effectuer le travail qu'il ne pouvait plus faire et qu'il n'avait pu s'occuper que partiellement de la gestion de ses entreprises.

En troisième lieu, contrairement à l'intimée, qui l'avait considéré comme un indépendant, il fallait tenir compte du fait qu'il était salarié des entreprises dont il détenait des actions. Ce faisant, il se justifiait de fixer le revenu sans invalidité sur la base de la moyenne des trois années de salaire ayant précédé l'accident, ce qui conduisait à un revenu sans invalidité de CHF 105'777.-. Si l'on chiffrait le revenu d'invalidité sur la base des trois années ayant suivi l'accident, l'on parvenait à un

montant de CHF 82'655.-, correspondant à une perte de gain de 21,9%, tandis que si l'on s'en tenait au revenu d'invalidé retenu par l'expert, la perte de gain s'élevait à 24%. Dans ces conditions, il se justifiait de renvoyer la cause à l'intimée afin qu'elle procède à un nouveau calcul de son taux d'invalidité.

20. Dans sa réponse du 12 octobre 2018, l'intimée a conclu au rejet du recours, persistant dans l'argumentation développée dans sa décision sur opposition et réaffirmant que le droit d'être entendu du recourant n'avait pas été violé, dès lors que l'expertise économique se présentait essentiellement sous forme de chiffres et que ses passages déterminants avaient été traduits dans ses décisions ainsi que le préavis. Au demeurant, le recourant était représenté par un mandataire, dont les objections démontraient qu'il avait compris le sens de l'expertise.
21. Mandaté par la CJCAS, Monsieur L_____, traducteur-juré, et interprète judiciaire certifié, a transmis le 7 juin 2017 une traduction en français de l'expertise économique sur laquelle reposait la décision attaquée.
22. Invitée à se déterminer sur cette traduction, l'intimée a indiqué à la CJCAS, le 21 juin 2019, qu'elle persistait dans ses conclusions tendant au rejet du recours.
23. De son côté, le recourant a fait part de ses observations le 24 juin 2019. Le consultant mandaté par SWICA l'avait considéré capable de faire des courses, des achats, des livraisons de marchandise ainsi qu'exécuter des tâches de management, sans que l'on connaisse la source de ces informations. S'agissant de l'évaluation du revenu d'invalidé, le consultant prétendait que les variations du chiffre d'affaires ne résultaient pas de l'accident, parce que c'était principalement le personnel existant qui avait effectué le travail nécessaire pour pallier à son incapacité de travail. Or, le consultant avait omis de tenir compte du fait qu'il avait été contraint d'engager deux employés supplémentaires. Dans ces conditions, c'était à tort que le consultant avait considéré que le résultat de l'année 2012 était « vraisemblablement représentatif » pour déterminer le revenu d'invalidé. S'agissant de l'évolution des charges salariales des tiers, le consultant avait constaté des différences entre les comptes de résultat de la fiduciaire et les indications de l'OAI, le compte de résultat témoignant d'une hausse des charges de CHF 117'795.- tandis que les charges salariales étaient demeurées les mêmes, selon l'OAI. Le consultant avait toutefois écarté cette hausse, arguant qu'elle n'était imputable à l'accident que pour une part minimale. Le consultant avait fait preuve de partialité en indiquant qu'une analyse approfondie « pourrait être éventuellement désirée » en raison des différences constatées, puis en écartant cette possibilité sous prétexte que les charges salariales postérieures à 2012 ne pouvaient pas résulter majoritairement de l'accident, sans autres développements. Enfin, le consultant avait affirmé à tort qu'il n'était « pas limité dans la direction et la poursuite du développement de [ses] entreprises », alors qu'il avait précisément été contraint d'engager deux employés supplémentaires. Le recourant estimait que l'intimée ne pouvait fonder sa décision sur le seul rapport du 7 juin 2017 et qu'elle aurait dû analyser plus sérieusement la

situation, en procédant à de nouveaux calculs. Il persistait dans les conclusions de son recours.

24. Par écriture du 8 juillet 2019, l'intimée a rétorqué qu'il incombait au consultant de reprendre les données médicales et celles concernant le poste de travail, ce qu'il avait fait, en citant ses sources. Au cours de la procédure, l'assuré avait certes affirmé qu'il avait engagé deux employés supplémentaires, mais sans donner d'explications précises à ce propos ni transmettre les renseignements les concernant. C'était du reste la raison pour laquelle SWICA avait été contrainte d'ordonner une enquête économique. Le consultant avait relevé que les chiffres de la fiduciaire pour C_____ Sàrl ne correspondaient pas avec ceux de l'OAI, la fiduciaire ayant mentionné pour 2011 des salaires totaux de CHF 423'936.-, contre CHF 366'049.- pour l'OAI (soit une différence de CHF 57'889.-). En outre, le consultant avait relevé que c'était majoritairement le personnel existant qui avait effectué le travail nécessaire pour pallier à l'incapacité de travail de l'assuré. Le consultant avait chiffré le revenu d'invalidé sur la base du résultat de l'année 2012, ce qui paraissait logique, car il s'agissait de l'année ayant suivi l'accident. L'OAI s'était du reste fondé sur la même année. Enfin, comme le bénéfice avait largement fluctué de 2011 à 2015, tandis que le chiffre d'affaires avait légèrement augmenté, puis était resté stable (en 2012, 2013 et 2015), on pouvait admettre que les variations du bénéfice ne découlaient pas de l'accident et qu'une analyse plus approfondie était superflue.
25. Cette écriture transmise au recourant, la cause a été gardée à juger.

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 (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. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable (art. 1 al. 1 LAA).
3. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais du 15 juillet au 15 août inclusivement, le recours est recevable (art. 38 al. 4 let. b et 56 ss LPGA ; art. 62 ss et 89C let. b de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA ; RS/GE E 5 10).
4. L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui – dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision

– constitue, d’après les conclusions du recours, l’objet de la décision effectivement attaqué. D’après cette définition, l’objet de la contestation et l’objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l’objet de la contestation, mais pas dans l’objet du litige (ATF 125 V 414 consid. 1b et 2 et les références citées).

En l’espèce, la décision sur opposition du 11 juillet 2018, qui confirme une décision antérieure datée du 7 février 2018, accorde à l’assuré une indemnité pour atteinte à l’intégrité de 10% et une rente d’invalidité (LAA) de 13%, dès le 1^{er} septembre 2017. Elle met par ailleurs fin au versement des indemnités journalières avec effet au 31 août 2017. Le recourant, qui se limite à contester le taux de la rente qui lui a été accordée, ne remet en question ni le taux de l’indemnité pour atteinte à l’intégrité, ni la fin de son droit à des indemnités journalières. Partant, le litige ne porte que sur l’évaluation de son degré d’invalidité.

5. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré en cas d'accident professionnel ou non professionnel. 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).
6. 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).

Le droit à la rente prend naissance 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 et que les éventuelles mesures de réadaptation de l’assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA).

7. 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 LPGGA). La comparaison des revenus s’effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l’un avec l’autre, la différence permettant de calculer le taux d’invalidité (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 128 V 29 consid. 1 ; ATF 104 V 135 consid. 2a et

2b). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente ; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174).

b. 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 p. 224 et la référence). Selon la jurisprudence, la détermination du revenu sans invalidité d'un indépendant peut en principe se fonder sur celui qui est inscrit sur son compte individuel AVS (arrêts du Tribunal fédéral 8C_443/2018 du 30 janvier 2019 consid. 2.1 ; 9C_8/2012 du 12 mars 2012 consid. 2.1.2 ; 9C_944/2011 du 17 avril 2012 consid. 2.5).

c. Selon l'art. 16 LPGA, le revenu d'invalide est celui que l'assuré pourrait réaliser malgré son invalidité en exerçant une activité que l'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution d'éventuelles mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail. Pour fixer le revenu d'invalide, on tiendra compte de la perte de gain effective si, dans le cas de rapports de travail particulièrement stables, l'on peut admettre que l'assuré utilise au mieux sa capacité résiduelle de travail et si le revenu est en adéquation avec la prestation fournie. Il n'est pas tenu compte d'un éventuel social (la preuve de l'existence d'un tel salaire social est toutefois soumise à des exigences sévères). Par ailleurs, les frais d'acquisition du revenu, qui sont imposés durablement par l'invalidité pour réaliser ce revenu, peuvent en principe être déduits du revenu d'invalide dans la mesure où ils dépassent les dépenses qu'aurait l'assuré s'il était en bonne santé. Il s'agira en revanche de se fonder sur un revenu hypothétique lorsque l'assuré ne met pas – ou pas pleinement – à profit sa capacité de travail après l'accident (Jean-Maurice FRÉSARD / Margit MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, in Soziale Sicherheit - Sécurité sociale, SBVR XIV, 2016, p. 978, n°233-234).

d. Chez une personne de condition indépendante, la comparaison des résultats d'exploitation réalisés dans son entreprise avant et après la survenance de l'invalidité ne permet de tirer des conclusions valables sur la diminution de la capacité de gain due à l'invalidité que dans le cas où l'on peut exclure, au degré de vraisemblance prépondérante, que les résultats de l'exploitation aient été influencés par des facteurs étrangers à l'invalidité. En effet, les résultats d'exploitation d'une entreprise dépendent souvent de nombreux paramètres difficiles à apprécier, tels que la situation conjoncturelle, la concurrence, l'aide ponctuelle des membres de la famille, des personnes intéressées dans l'entreprise ou des collaborateurs.

Généralement, les documents comptables ne permettent pas, en pareils cas, de distinguer la part du revenu qu'il faut attribuer à ces facteurs – étrangers à l'invalidité – et celle qui revient à la propre prestation de travail de l'assuré (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 83/97 du 16 octobre 1997 consid. 2c, in VSI 1998 p. 121, et I 432/97 du 30 mars 1998 consid. 4a, in VSI 1998 p. 255; arrêt du Tribunal fédéral 9C_572/2010 du 25 mars 2011 consid. 3.4). Il convient de distinguer clairement la situation personnelle de la personne assurée, seule déterminante, de celle de l'entreprise dont elle est la propriétaire économique (arrêt du Tribunal fédéral 9C_572/2010, op. cit., consid. 3.5 in fine).

e. Si l'on ne peut déterminer ou évaluer sûrement les deux revenus en cause, il faut, en s'inspirant de la méthode spécifique pour personnes sans activité lucrative (art. 28a al. 2 LAI [art. 28 al. 2bis aLAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007] en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA), procéder à une comparaison des activités et évaluer le degré d'invalidité d'après l'incidence de la capacité de rendement amoindrie sur la situation économique concrète (procédure extraordinaire d'évaluation de l'invalidité). La différence fondamentale entre la procédure extraordinaire d'évaluation et la méthode spécifique réside dans le fait que l'invalidité n'est pas évaluée directement sur la base d'une comparaison des activités ; on commence par déterminer, au moyen de cette comparaison, quel est l'empêchement provoqué par la maladie ou l'infirmité, après quoi l'on apprécie séparément les effets de cet empêchement sur la capacité de gain (FRÉSARD / MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, in op. cit., p. 977, n°230). Une certaine diminution de la capacité de rendement fonctionnelle peut certes, dans le cas d'une personne active, entraîner une perte de gain de la même importance, mais n'a pas nécessairement cette conséquence (ATF 128 V 29 consid. 1 et les références).

f. Pour déterminer l'incapacité de gain d'une personne qui exploite une entreprise en commun avec des membres de sa famille, une simple comparaison des revenus ne suffit pas. Il y a lieu dans ce cas de tenir compte de l'importance de sa collaboration dans l'entreprise (art. 25 al. 2 RAI). Pour cela, on évalue l'activité qu'elle exerce dans l'entreprise, y compris sa direction, en tenant compte du travail effectif incombant aux autres membres de la famille. Le revenu total de l'entreprise est ensuite réparti proportionnellement à l'activité de chacun. Par revenu d'une personne qui exploite une entreprise familiale, il faut donc entendre le revenu qu'elle serait à même de réaliser en fonction de son activité dans l'entreprise, déduction faite de la part de revenu qui dérive de l'activité des autres membres de la famille, ceci indépendamment du fait qu'ils travaillent contre rémunération ou gratuitement. Si une distinction entre les revenus de l'assuré et ceux des membres de la famille n'est pas possible, il faut avoir recours à la méthode extraordinaire d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 981/06 du 18 janvier 2008 consid. 6.2 ; Michel VALTERIO, Commentaire de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité, 2018, n°51 ad art. 28a LAI).

-
8. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).

9. En l'espèce, l'intimée a fixé à 13% la perte de gain subie par l'assuré en raison de son atteinte au poignet droit. Sa décision repose sur le rapport d'analyse économique établi par son consultant, M. K_____. Le consultant a estimé le revenu sans invalidité (CHF 92'741.-) en additionnant aux salaires perçus par l'assuré de 2008 à 2010, selon son extrait de compte individuel AVS, la totalité des résultats d'exploitation réalisés par ses entreprises ces années-là, dont il a ensuite calculé la moyenne. S'agissant du revenu d'invalidité (CHF 80'370.-), le consultant l'a chiffré en ajoutant au salaire AVS le résultat de la seule année 2012, qu'il a jugé « vraisemblablement représentatif ». Relevant que le résultat d'exploitation des deux entreprises gérées par l'assuré avait considérablement varié entre 2011 et 2015, tandis que leur chiffre d'affaires était demeuré stable, le consultant a estimé que les variations du résultat ne résultaient pas de l'accident.

De son côté, le recourant conteste l'évaluation de ses revenus avec et sans invalidité. Il soutient que son revenu sans invalidité devrait être fixé sur la base d'une moyenne des trois années de salaire ayant précédé son accident, ce qui conduirait à un revenu sans invalidité de CHF 105'777.-, supérieur à celui retenu par l'intimée. Quant au revenu d'invalidité, il conviendrait de le fixer sur la base d'une moyenne des résultats d'exploitation et des salaires des trois ou quatre années ayant suivi l'accident, ce qui conduirait à un revenu moyen de CHF 7'869.- dans le premier cas et de CHF 25'593.- dans le second, voire en fonction de la moyenne des trois années de salaire ayant suivi l'accident, ce qui aboutirait à un revenu moyen de CHF 82'655.-. S'agissant de son revenu d'invalidité, le recourant souligne

qu'après son accident, il a dû engager deux employés supplémentaires pour effectuer le travail qu'il ne pouvait plus faire.

10. La chambre de céans constate que le calcul du degré d'invalidité réalisé par le consultant de l'intimée repose en partie sur une comparaison des résultats d'exploitation des restaurants gérés par l'assuré avant et après la survenance de son atteinte à la santé : le consultant a évalué le revenu sans invalidité en tenant notamment compte de la moyenne des résultats d'exploitation dégagés de 2008 à 2010, et le revenu d'invalidité en prenant en considération le résultat d'exploitation de la seule année 2012, qu'il a jugé « vraisemblablement représentatif », sans autres explications. Ce mode de calcul ne saurait être confirmé, pour les motifs suivants.

Tout d'abord, il est douteux qu'une comparaison des résultats d'exploitation permette de chiffrer la perte de gain de l'assuré de manière fiable. En effet, étant donné que l'assuré n'est pas à la tête d'une simple entreprise unipersonnelle, mais associé-gérant de deux entreprises exploitant trois restaurants, il est nécessaire de distinguer, comme l'exige la jurisprudence (arrêt du Tribunal fédéral 9C_236/2009 du 8 octobre 2011 consid. 3.4), la situation personnelle de l'assuré de celle des entreprises dont il est associé, ce que le consultant mandaté par l'intimée n'a pas fait, puisqu'il a considéré à tort que le recourant était l'ayant droit économique unique des deux sociétés (NDR : l'intéressé dispose de la moitié des parts sociales des deux sociétés, selon l'extrait informatisé du registre du commerce), de sorte qu'il devait se voir imputer la totalité des bénéfices et des pertes de ces entreprises. Aucun élément au dossier ne permet cependant de considérer que tel est le cas, étant précisé que les dettes d'une société à responsabilité limitée ne sont garanties que par son actif social (art. 772 CO), de sorte que les associés ne sont – sauf exceptions – pas personnellement responsables des pertes de la société. Par ailleurs, la jurisprudence n'autorise une comparaison des résultats d'exploitation que dans les cas où l'on peut très vraisemblablement exclure que ceux-ci aient été influencés par des facteurs étrangers à l'atteinte à la santé (cf. supra consid. 7d). Or, en l'occurrence, il est impossible d'exclure que des facteurs étrangers à l'atteinte dont souffre le recourant aient influencé le résultat des entreprises qu'il gère, ne serait-ce qu'au regard de la concurrence, de la conjoncture, et au fait que lesdites entreprises emploient un personnel relativement nombreux – entre 9 et 15 collaborateurs selon les années –, dont plusieurs membres de sa famille (son frère, son beau-frère et son épouse). Le recourant allègue certes qu'après son accident, il a été contraint d'engager deux employés supplémentaires, mais on observe que si les données comptables témoignent de charges salariales globalement en hausse depuis l'accident, ces données varient fortement d'une année à l'autre et apparaissent partiellement contradictoires avec les chiffres communiqués à l'AVS (la masse salariale totale, déclarée à l'AVS, pour l'établissement « C_____ » n'a pas augmenté suite à l'accident et a même légèrement diminué en 2012-2013 par rapport à 2010). En pareilles circonstances, sur la base des pièces versées au dossier, il n'est pas possible de distinguer la part

du résultat d'exploitation qu'il faut attribuer aux facteurs étrangers à l'invalidité et celle qui revient à la propre prestation de travail de l'assuré.

Ensuite, en chiffrant le revenu d'invalidité en fonction du résultat d'exploitation et du salaire déclaré à l'AVS pour l'année 2012, le consultant a méconnu que pour procéder à une comparaison des revenus, il eût été nécessaire de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222). En l'occurrence, le moment de l'ouverture du droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents remonte au 1^{er} septembre 2017, date à laquelle le droit aux indemnités journalières a pris fin (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 323/04 du 30 août 2005 consid. 5.1). Dès lors, le consultant ne pouvait valablement se référer à l'année 2012, durant laquelle l'assuré percevait encore des indemnités journalières et présentait un état de santé qui n'était pas encore stabilisé (l'intéressé était alors en arrêt de travail à 50%). Contrairement à ce que voudrait le recourant, on ne saurait pas non plus se fonder sur la moyenne des salaires AVS perçus entre 2012 et 2014, cumulés aux résultats d'exploitation des entreprises. Comme l'on ne dispose d'aucun renseignement sur le revenu perçu par le recourant au moment de l'ouverture du droit à la rente, en 2017, il est impossible de réaliser une comparaison des gains, faute de pouvoir déterminer le revenu d'invalidité de manière fiable.

Il résulte de ce qui précède qu'il n'est pas possible d'effectuer une comparaison des revenus et que la perte de gain subie par le recourant ne saurait quoi qu'il en soit se confondre avec la diminution du bénéfice d'exploitation des entreprises qu'il gère. En outre, contrairement à l'assurance-invalidité, on ne peut pas considérer d'emblée que cette perte de gain se confond nécessairement avec l'incapacité de travail médicalement attestée comme restaurateur, dès lors que ce raisonnement ne tient pas compte de la façon dont le recourant a dû réorganiser son activité (et les différentes tâches qui la composent) depuis l'accident. Partant, la méthode extraordinaire d'évaluation de l'invalidité est la plus appropriée pour permettre une évaluation conforme au droit de son degré d'invalidité.

11. Dès lors qu'il n'est pas possible de chiffrer la perte de gain liée à l'invalidité, il convient de comparer les tâches exercées par le recourant dans son activité professionnelle aux moments déterminants, en faisant abstraction de tout revenu (voir pour un cas similaire l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_403/2016 du 12 janvier 2017 consid. 7). Dans ce contexte, il y a lieu de se référer au rapport d'enquête pour activité indépendante établi par l'assurance-invalidité, dont il ressort ce qui suit.

Avant son accident, le recourant, en sa qualité de gérant de trois restaurants, accomplissait les tâches d'un restaurateur à raison de 42 heures par semaine. L'enquêtrice a retenu qu'avant son atteinte au poignet, le recourant consacrait 30% de son temps à la gestion de ses restaurants (contrôles, fidélisation de la clientèle et relations publiques, gestion du courrier, des paiements, des factures, comptabilité simple, stocks et gestion du personnel), 20% de son temps au travail à la cuisine et au service, ainsi que 50% de son temps aux commissions pour ses restaurants.

Depuis son accident, l'assuré s'occupe toujours – et avant tout – de l'aspect organisationnel de ses restaurants, notamment des achats, de la comptabilité, de la fidélisation de ses clients et des relations publiques. Selon l'expert I_____, une capacité de travail d'au moins 70% peut être escomptée dans son activité habituelle, moyennant une adaptation du poste de travail, une délégation de tâches ainsi que le port d'un bracelet de contention. L'expert a néanmoins précisé qu'en raison des troubles affectant son poignet, l'assuré était entravé pour accomplir des tâches de manutention. Selon le rapport d'enquête, l'assuré, vu ses limitations fonctionnelles, est désormais totalement incapable de travailler en cuisine ou de faire le service, et partiellement incapable (à 30%) de faire les commissions pour ses trois restaurants, étant précisé qu'il a acheté un véhicule automatique pour se déplacer sans souffrir du poignet. En revanche, il reste pleinement capable d'assumer la gestion de ses restaurants.

En définitive, sur la base du rapport d'enquête pour activité indépendante, la comparaison des champs d'activités avec pondération donne les résultats suivants :

Champs d'activités sans atteinte à la santé	Pondération sans handicap (en %)	Heures de travail par semaine (sans handicap)	Pondération exigible avec handicap (en %)	Heures de travail par semaine (avec handicap)	Incapacité de travail dans le champ d'activité (en %)	Invalidité (en %)
Gestion des trois restaurants	30%	12.6h	30%	12.6 h	0%	0%
Cuisine / service	20%	8.4h	0%	0 h	100%	20%
Commissions	50%	21h	50%	21h	30%	15%
Total	100%	42h		33.6h		35%

Le taux d'invalidité du recourant s'élève donc à 35%, ce qui lui donne droit au versement par l'intimée d'une rente d'invalidité de quotité équivalente dès le 1^{er} septembre 2017. La décision attaquée se révèle ainsi contraire au droit en tant qu'elle n'accorde au recourant qu'une rente de 13%.

12. Il convient encore de se prononcer sur le sort des frais de traduction du rapport d'analyse économique du 7 juin 2017.

Selon l'art. 45 al. 1 LPGA, les frais de l'instruction sont pris en charge par l'assureur qui a ordonné les mesures. À défaut, l'assureur rembourse les frais occasionnés par les mesures indispensables à l'appréciation du cas ou comprises dans les prestations accordées ultérieurement.

Le principe de la territorialité des langues a pour conséquence que les parties doivent s'adresser aux autorités judiciaires cantonales dans la langue officielle du canton (ATF 108 V 208; RDAT 1993 II n° 78 p. 215; Marco BORGHI, Langues nationales et langues officielles, in : Daniel THÜRER/Jean-François

AUBERT/Jörg-Paul MÜLLER [éd.], Droit constitutionnel suisse, Zurich 2001, § 37 ch. 39; en ce qui concerne la procédure administrative dans le domaine de l'assurance-invalidité : Stéphane BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg, 1999, p. 125 s). Dans le canton de Genève, tout document soumis au juge doit être rédigé dans la langue officielle ou accompagné d'une traduction dans cette langue; cette règle vaut pour tous les écrits émanant directement du juge ou des parties, ainsi que pour les pièces qu'elles produisent (BERTOSSA/GAILLARD/GUYET, Commentaire de la loi de procédure civile genevoise, n^{os} 2 et 3 ad art. 9; BAUER/LÉVY, L'exception de traduction de pièces, in : SJ 1982 p. 50). Une expertise ordonnée par l'assureur comme moyen probatoire a une importance telle que l'assuré a dans tous les cas le droit d'en recevoir une copie et d'exprimer son opinion sur la façon dont elle a été conduite et sur les faits et conclusions établis. Il s'agit d'une pièce essentielle du dossier, qui est de nature à sceller le sort de la procédure (ATF 128 V 38 consid. 2b/bb, 127 V 223 consid. 1b; BLANC, idem, p. 143).

Par ailleurs, l'art. 70 al. 1 Cst. règle la question des langues officielles, c'est-à-dire des langues qui sont utilisées dans les relations - au moins de droit public - entre les autorités étatiques et les particuliers. Concrètement, les particuliers ont le droit, dans leurs relations avec l'État fédéral, de recevoir une réponse dans la langue qu'ils ont utilisée. À cet égard, le Tribunal fédéral a eu l'occasion de préciser que lorsqu'une procédure oppose un justiciable à une autorité fédérale, on peut exiger de cette dernière qu'elle utilise la langue de la procédure (ATF 130 I 234 consid. 3.5 ; voir aussi Peter UEBERSAX, in NIGGLI/UEBERSAX/WIPRÄCHTIGER [éd.], Basler Kommentar zum Bundesgerichtsgesetz, 2^{ème} éd., 2011, n° 20 ad art. 54 BGG). Il n'en va pas autrement lorsqu'un office fédéral - sans être partie à la procédure - est appelé à fournir un préavis, que ce soit en sa qualité d'autorité de surveillance de l'autorité administrative impliquée ou en sa qualité d'autorité invitée à fournir des renseignements au Tribunal fédéral. Le respect des différences linguistiques et culturelles commande qu'il s'exprime dans la langue de la procédure ou du moins dans la langue des parties. Cette réglementation vaut aussi pour les organismes ou institutions à caractère national chargés par le droit fédéral de l'exécution de tâches de droit public (par exemple la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents [CNA]) ou les autres assureurs admis à pratiquer l'assurance-accidents obligatoire (JEAN-MAURICE FRÉSARD, in Commentaire de la LTF, 2^{ème} éd., 2014, n° 11s. ad art. 54 LTF).

En l'occurrence, l'assuré étant domicilié à Genève et la langue de la procédure étant le français, on pouvait exiger de l'intimée, en application des principes exposés ci-dessus, qu'elle fasse traduire l'intégralité du rapport d'analyse économique rédigé par son consultant, comme l'avait requis le recourant. Il s'agissait d'une pièce essentielle de dossier, sur laquelle l'intimée s'était fondée pour quantifier le taux d'invalidité. L'intimée ne pouvait valablement décliner cette demande sous prétexte que le mandataire du recourant comprenait l'allemand, dès lors que l'on ne

saurait exiger d'un avocat qu'il établisse à l'intention de son client une traduction littérale d'un rapport d'analyse économique. De surcroît, le Tribunal fédéral a précisé qu'une partie n'abusait pas de son droit lorsqu'elle demandait la traduction de pièces rédigées dans une langue qu'elle connaissait parfaitement (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 321/01 du 27 février 2002 consid. 2 et les références). L'intimée ayant opposé à la demande de traduction un refus catégorique, tant au stade de la procédure administrative que de la procédure judiciaire, la juridiction de céans a dû faire traduire le rapport en question par un traducteur-juré afin de trancher la cause et de permettre au recourant de faire valoir son droit d'être entendu. Dans ce contexte, il se justifie de mettre les frais de traduction à la charge de l'intimée (art. 45 al. 1 LPGA).

13. Le dossier permettant à la chambre de céans de statuer sur le degré d'invalidité, il n'y a pas lieu d'ordonner des mesures d'instruction complémentaires ou de renvoyer la cause à l'autorité inférieure, par appréciation anticipée des preuves.
14. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision litigieuse réformée, en ce sens que le recourant a droit au versement par l'intimée d'une rente d'invalidité de 35% dès le 1^{er} septembre 2017. Par ailleurs, les frais de traduction du rapport d'analyse économique du 7 juin 2017 seront mis à charge de l'intimée.
15. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens, à charge de l'intimée (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 - RFPA ; RS E 5 10.03).
16. La procédure est gratuite (art. 89H al. 1 LPA).

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Réforme la décision sur opposition du 11 juillet 2018, en ce sens que le recourant a droit à une rente d'invalidité de 35% dès le 1^{er} septembre 2017.
4. Met à la charge de l'intimée les frais de traduction du rapport d'analyse économique, soit CHF 562.20.
5. Condamne l'intimée à verser au recourant une indemnité de CHF 2'500.- à titre de dépens.
6. Dit que la procédure est gratuite.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Isabelle CASTILLO

Catherine TAPPONNIER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le