

GE_GERICHTE A/1256/2012 vom 26. Juni 2013

GE Cour de justice, 2013-06-26, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1256_2012

FR: GE_GERICHTE A/1256/2012 du 26 juin 2013

IT: GE_GERICHTE A/1256/2012 del 26 giugno 2013

Erwägungen

E. 4

ème Chambre En la cause Monsieur V _____, domicilié c/o Monsieur V _____, à VERSOIX, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Jean-Charles SOMMER recourant contre LA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (SUVA), sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Didier ELSIG intimée EN FAIT 1. Monsieur V _____ (ci-après l'assuré ou le recourant), né en 1967, travaillait chez X _____ à Genève en qualité de chef d'équipe. A ce titre, il était assuré contre le risque d'accidents professionnels et non professionnels auprès de la CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après la SUVA ou l'intimée).!

2. Le 9 juillet 2008, l'assuré a été victime d'un accident alors qu'il circulait à moto. Il ressort du rapport de police du 14 juillet 2008 que l'assuré venait de démarrer au feu vert lorsqu'il a dû énergiquement freiner afin d'éviter de percuter un scootériste qui s'était engagé dans la circulation sans le remarquer. Suite à ce freinage, l'assuré a chuté sur son flanc gauche et a été blessé. !

3. Il a été transporté aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après HUG), où une fracture du tiers distal du tibia gauche a été diagnostiquée. !

4. Selon le compte-rendu opératoire du 24 juillet 2008, l'assuré a subi une ostéosynthèse le lendemain de l'accident. Les suites post-opératoires étaient simples, la cicatrice et la rééducation à la marche évoluaient favorablement, de sorte que l'assuré a pu quitter les HUG le 18 juillet 2008. Sa capacité de travail était nulle jusqu'au 30 août 2008, puis sujette à réévaluation. !

5. Par rapports des 6 octobre et 16 décembre 2008, le Dr A _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin-traitant de l'assuré, a notamment mentionné que l'assuré suivait un traitement de physiothérapie, que la reprise du travail et la durée du traitement dépendraient de l'évolution, et qu'il était trop tôt pour se prononcer sur un éventuel dommage permanent. !

6. Le 2 mars 2009, ce médecin a relevé que l'évolution était favorable et que le traitement était terminé à cette date, bien que l'ablation du matériel d'ostéosynthèse serait probablement pratiquée à 18 mois de l'opération. Il a mentionné que l'assuré pouvait reprendre le travail à 50% dès le 5 mars 2009, puis à 100% dès le 23 mars 2009. A priori, aucun dommage permanent n'était à craindre. !

7. En date du 21 avril 2009, le Dr A _____ a indiqué que l'évolution avait été marquée par une consolidation lente qui était en l'état confirmée radiologiquement. L'assuré n'avait pas repris son activité professionnelle comme prévu car son employeur l'avait invité à prendre des vacances. Finalement, la reprise à 100% avait eu lieu le 14 avril 2009, mais elle s'était avérée difficile en raison d'importantes douleurs, de sorte que l'assuré était à nouveau en incapacité partielle (50%) de travail.!

8. Par rapport du 26 mai 2009, le Dr B _____, spécialiste FMH en chirurgie et médecin d'arrondissement de la SUVA, a constaté, après avoir examiné l'assuré, que la consolidation osseuse était acquise au niveau radiologique,

mais que la cheville gauche présentait une raideur en extension et enflait en fin de journée. Il a relaté que l'assuré avait dû marcher avec des cannes jusqu'au mois de février 2009, qu'il ne prenait plus de médicament, que son traitement de physiothérapie était terminé et qu'il travaillait à mi-temps dans un poste aménagé car il ne parvenait pas à assumer son travail, extrêmement pénible. Il a ajouté que l'assuré était convoqué le 25 mai 2009 aux HUG afin de discuter d'une ablation partielle du matériel d'ostéosynthèse, des vis de verrouillage distal pouvant interférer avec la fonction de la cheville en extension. !

9. Le 16 juin 2009, le Dr C _____, radiologue FMH, a indiqué que l'échographie pratiquée le jour même avait mis en évidence une ténosynovite du tendon tibial postérieur. Il a expliqué que la vis dépassait la corticale du tibia et que lors de l'examen dynamique, le tendon présentait d'importants conflits avec le matériel chirurgical. !

10. En date du 9 septembre 2009, le Dr D _____, médecin adjoint agrégé au Département de chirurgie des HUG, a diagnostiqué un pied plat post-traumatique avec un valgus de l'arrière-pied et un affaissement du jambier postérieur et de la voûte longitudinale interne. Il a précisé que cette situation était rare, mais toutefois constatée régulièrement en consultation spécialisée, et que les répercussions étaient importantes puisque l'assuré présentait des douleurs quotidiennes. Il a conclu qu'une ablation du matériel d'ostéosynthèse ainsi qu'une ostéotomie de varisation du talon et une plastie de renforcement du jambier postérieur seraient pratiquées dans les meilleurs délais. !

11. Par courrier du 28 septembre 2009, l'assuré a informé la SUVA être victime de mobbing aggravé. Il a précisé qu'il était si peiné par l'attitude de sa direction qu'il se voyait contraint, à la veille d'une nouvelle opération compliquée, de faire appel à un soutien psychologique. !

12. Dès le 12 octobre 2009, l'assuré a suivi un traitement de six semaines au centre de thérapie brève, avant de consulter la Dresse E _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. !

13. Par rapport du 18 décembre 2009, cette psychiatre a posé le diagnostic d'épisode dépressif moyen. !

14. En raison d'une surcharge importante du planning opératoire des HUG, l'intervention préconisée par le Dr D _____ n'a eu lieu que le 18 février 2010. Selon le rapport de sortie établi le 1 er avril 2010, les suites opératoires étaient simples et sans complication. !

15. L'assuré a été transféré à l'Hôpital Beau-Séjour le 25 février 2010 afin d'y suivre une rééducation à la marche, puis a été pris en charge à la Clinique romande de réadaptation à Sion (ci-après CRR), du 27 mai au 29 juin 2010. !

16. La Dresse F _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie auprès de la CRR, a relevé le 4 juin 2010 que l'assuré avait présenté une réaction anxio-dépressive lors du retour au travail, dans un climat professionnel apparaissant comme peu soutenant. Elle a ajouté que les questions professionnelles étaient au premier plan et que la recherche d'une amélioration de la relation avec la hiérarchie lui semblait être un objectif important. !

17. D'après l'avis de sortie de la CRR du 29 juin 2010, l'assuré poursuivait un traitement médicamenteux et des séances de physiothérapie, son incapacité de travail était totale jusqu'au 31 juillet 2010, puis partielle (50%) jusqu'au 30 août 2010. Un changement de profession n'était pas indiqué. !

18. Selon le rapport du 20 juillet 2010 du Dr G _____, médecin adjoint à la CRR et spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation, et en chirurgie orthopédique, l'assuré était apte à reprendre à 50% une activité professionnelle adaptée dès le 31 juillet 2010. Il a ajouté que la capacité de travail pourrait être progressivement augmentée et que la situation n'était pas encore stabilisée, de sorte qu'il n'était pas impossible que l'assuré puisse retrouver une pleine capacité de travail dans son

activité habituelle, en cas d'évolution favorable. ![/endif]>[/if> 19. Dans un nouveau rapport du 6 août 2010, le Dr G_____ a confirmé que l'assuré était apte à reprendre un travail à 50% dans une activité adaptée dès le 31 juillet 2010. Il a précisé que l'assuré devait éviter les longs déplacements, la marche en terrains irréguliers, le port de lourdes charges et les accroupissements répétés. ![/endif]>[/if> 20. Par certificat du 21 octobre 2010, la Dresse H_____, cheffe de clinique au Département de chirurgie des HUG, a mentionné que l'assuré présentait une incapacité complète et définitive à exercer son activité professionnelle habituelle, mais qu'une activité adaptée, sans port de charges moyennes et lourdes et avec une limitation des déplacements, pouvait être retenue à 50%. ![/endif]>[/if> 21. Le 29 novembre 2010, le Dr D_____ a confirmé ces limitations fonctionnelles ainsi que la capacité résiduelle de travail à 50%. ![/endif]>[/if> 22. En date du 31 janvier 2011, la Dresse E_____ a constaté une évolution lentement favorable sur le plan thymique et a posé le diagnostic d'épisode dépressif majeur, partiellement en rémission. ![/endif]>[/if> 23. Le 16 février 2011, le Dr B_____ a rendu un rapport final basé sur le dossier, les déclarations et l'examen clinique de l'assuré. Il a expliqué que les séquelles au niveau du pied et de la cheville gauches de l'assuré étaient vérifiées, avec des douleurs à la charge et un affaissement du pied limitant toutes les activités debout et en charges supplémentaires. La situation était stabilisée, l'assuré subissait un dommage permanent et ne pourrait plus exercer un travail de force. Ce médecin a énuméré les activités désormais impossibles pour l'assuré, soit celles impliquant le port de charges supérieures à 15 kilogrammes, des positions debout prolongées, des travaux accroupis ou à genoux, ainsi que des marches sur de longues distances ou en terrain inégal. Il a toutefois précisé que, dans une activité adaptée à ces limitations fonctionnelles, l'assuré présentait une totale capacité de travail. S'agissant de l'atteinte à l'intégrité, il a retenu une gêne fonctionnelle dans les articulations sous-astragaliennes au vu des séquelles cliniques et radiologiques, et a estimé à 10% l'indemnité à allouer à l'assuré. ![/endif]>[/if> 24. Invité à se prononcer sur les troubles psychiques de l'assuré, un médecin d'arrondissement de la SUVA a nié, le 22 février 2011, l'existence de troubles psychiques invalidants ou entraînant une incapacité de travail. ![/endif]>[/if> 25. Le 22 février 2011, la Ville de Genève a indiqué à la SUVA que l'assuré aurait perçu un salaire annuel de 96'593 fr. 85 en 2011 s'il avait pu continuer à exercer son activité de chef d'équipe. ![/endif]>[/if> 26. Par décision du 1 er février 2012, la SUVA a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité basée sur une diminution de la capacité de gain de 35%. Elle a retenu que l'assuré était apte à exercer une activité légère dans différents secteurs de l'industrie, à condition de ne pas porter des charges supérieures à 15 kilogrammes et d'éviter certaines positions. Dans une activité adaptée, une exigibilité totale était possible et permettrait à l'assuré de réaliser un revenu de 5'265 fr. par mois. Comparé au gain mensuel de 8'049 fr. qu'il réaliserait sans l'accident, il en résultait une perte de 34.58%. La SUVA a en revanche nié à l'assuré un droit aux prestations au titre des troubles psychiques diagnostiqués, au motif que ceux-ci n'étaient pas en relation de causalité adéquate avec l'accident assuré. Elle lui a en outre versé une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 12'600 fr., fondée sur un taux de 10%. ![/endif]>[/if> 27. En date du 28 février 2012, l'assuré a formé opposition contre ladite décision, estimant que son degré d'incapacité était de 70%, compte tenu de ses troubles psychiques qu'il considérait en lien avec l'accident. A l'appui de son écriture, l'assuré a produit un rapport du 21 février 2012 de la Dresse E_____, laquelle a attesté qu'il existait, en l'absence d'antécédents psychiatriques, un rapport de causalité directe entre l'accident et l'état dépressif de l'assuré. ![/endif]>[/if> 28. Par courrier du 30 mars 2012, l'assuré a complété

son opposition, déplorant avoir été mal soigné, mal encadré professionnellement et abandonné à ses angoisses. 29. Par décision du 3 avril 2012, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assuré, au motif que la comparaison des revenus d'invalidé et de valide laissait apparaître un préjudice de 34.58%, de sorte que sa décision était fondée. S'agissant des troubles psychiques, la SUVA a considéré que le sinistre assuré était un accident de gravité moyenne, qui ne revêtait par un caractère particulièrement impressionnant, qu'aucune circonstance particulièrement dramatique n'était à déplorer, que les lésions physiques n'étaient pas graves, qu'aucune erreur médicale n'avait eu lieu, que le traitement suivi n'avait pas été particulièrement long, bien que des difficultés étaient intervenues par la découverte d'un pied plat post-traumatique ayant nécessité un traitement spécifique. L'incapacité de travail importante était notamment due au report de l'intervention chirurgicale en raison d'une surcharge des HUG et à une situation professionnelle conflictuelle. Par conséquent, les troubles psychiques n'ouvraient pas de droit aux prestations de l'assurance-accidents obligatoire et n'avaient pas à être pris en compte dans l'examen du droit à la rente d'invalidité contestée. Concernant la fixation du taux d'invalidité, la SUVA a expliqué s'être basée sur des descriptions de postes de travail, lesquelles recensaient des postes existant dans l'économie et contenant des indications relatives au salaire, à la formation et aux exigences physiques. Il en résultait un revenu exigible de 63'190 francs. L'assuré n'avait aucunement démontré en quoi la rente litigieuse devrait être fixée à un taux supérieur. 30. Le 1^{er} mai 2012, par l'intermédiaire de son mandataire, l'assuré recourt contre ladite décision, concluant préalablement à ce qu'une expertise médicale soit mise en œuvre afin de constater qu'il avait été victime d'une erreur médicale lors de ses opérations initiales et à ce qu'une expertise psychiatrique soit ordonnée afin d'établir qu'il était incapable de travailler de manière régulière, compte tenu de ses douleurs et de son état psychologique. A titre principal, le recourant conclut, sous suite de dépens, à l'annulation des décisions de l'intimée des 1^{er} février et 3 avril 2012 et à ce qu'il lui soit reconnu une incapacité de gain de 70%. 31. Dans sa réponse du 17 août 2012, l'intimée conclut au rejet du recours. Elle relève en substance que le dossier a été instruit de manière complète et qu'il ne se justifie pas d'ordonner des expertises, que le recourant ne produit aucun document médical ni argument concret permettant de conclure qu'il conviendrait d'admettre un taux d'incapacité de travail de 70%. 32. Lors de l'audience de comparution personnelle des parties du 17 octobre 2012, le recourant a expliqué que son traitement avait été long car les médecins l'avaient soigné sur le plan ostéo-articulaire, mais pas sur le plan ligamentaire. La reprise initiale de travail à 50% dans son activité n'avait pas été possible en raison de ses douleurs. Il avait consulté plusieurs médecins et le Dr D_____ avait immédiatement constaté qu'il était dans l'incapacité totale de travailler. Il avait été opéré le 18 février 2010 par le Dr I_____ car le Dr D_____ était absent et l'intimée insistait pour qu'il se fasse opérer. La reprise de travail à 50% préconisée par la CRR n'avait pas pu avoir lieu le 31 juillet 2010 car son employeur n'avait pas adapté son poste. Le recourant a fait état de brimades subies sur son lieu de travail et de conflits avec sa direction en raison de son incapacité partielle de travail. Après tout ce qui s'était passé, il avait eu des problèmes psychiques, il s'était senti abandonné, ce qui l'avait rendu malade. Il avait demandé de l'aide à l'intimée pour qu'elle l'assiste dans la reprise d'une activité et à son syndicat pour trouver un emploi adapté dans l'administration municipale. Il a déclaré qu'il aurait eu l'opportunité d'exercer une activité adaptée à 50% dans un autre service de la Ville de Genève aux mois de mars-avril 2011, qu'il avait donc communiqué le cahier des charges

du poste à l'intimée et à l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après l'OAI). L'intimée avait refusé, lui demandant d'attendre et de cesser toutes ses recherches, alors que l'OAI avait accepté. En définitive, son employeur avait résilié son engagement à la fin de son délai cadre. Le recourant a contesté avoir une capacité de travail du point de vue orthopédique, même dans une activité adaptée, ce qui était selon lui confirmé par le Dr D_____ qui évaluait sa capacité de travail résiduelle à 50%. Il a expliqué qu'il avait toujours un pied plat avec une limitation douloureuse, que son pied était encore plus affaissé qu'auparavant et qu'il avait fait le maximum pour conserver son activité professionnelle. Il a ajouté que l'OAI ne pouvait en l'état pas rendre de décision et que cet office attendait un rapport de la Dresse E_____ car son état santé s'était aggravé.![endif]>![if> Le représentant de l'intimée a répondu que cette dernière avait assisté le recourant dans la recherche d'une solution, comme cela ressortait des pièces produites. Il a contesté que le recourant ait dû se faire opérer par le Dr I_____ au motif que l'intimée n'aurait pas voulu attendre le retour du Dr D_____. Il a relevé, s'agissant d'une prétendue erreur médicale, qu'il n'y avait aucune action intentée par le recourant, ni d'élément au dossier permettant d'établir qu'une opération aurait été mal effectuée. Cela étant, les événements passés n'étaient pas en cause dans la présente procédure, l'objet du recours portant en effet sur la quotité de la rente, compte tenu d'une capacité de travail résiduelle en 2012. Quant à l'état de santé psychique du recourant, il avait été qualifié de pathologie au décours voire de rémission. 33. Par courrier du 5 novembre 2012, le Dr I_____, chef de clinique au Département de chirurgie des HUG, a répondu à la Cour de céans que le recourant avait consulté les HUG pour un pied plat post-traumatique et qu'il avait vu le Dr D_____ le 12 janvier 2011 pour la dernière fois. A cette époque, le recourant n'était plus apte à exercer son métier de fossoyeur et une reconversion professionnelle avait été préconisée dans une activité à 50%, sans port de charges moyennes à lourdes et avec une limitation des déplacements. Le Dr I_____ a précisé que le recourant n'avait pas été revu depuis lors, de sorte qu'il n'était pas en mesure de livrer des informations quant à sa situation actuelle. ![endif]>![if> 34. Invité par la Cour de céans à se déterminer sur cette question, le Dr D_____ a attesté, dans un courrier du 21 novembre 2012, que le recourant présentait des limitations fonctionnelles significatives avec un périmètre de marche limité à un kilomètre. Il avait des douleurs vespérales, sa cheville enflait en fonction des efforts et il avait de la difficulté à soulever des charges en prenant appui sur sa jambe gauche. S'agissant de la capacité de travail du recourant, il a indiqué qu'il n'y avait pour ainsi dire pas de limitation dans un travail sédentaire, mais que dans une activité telle que celle pour laquelle il s'était formé, il était en incapacité totale de travailler car il ne pouvait pas prendre de charge sur le pied gauche. ![endif]>![if> 35. En date du 13 décembre 2012, le recourant sollicite la suspension de la procédure au motif que l'OAI lui a annoncé la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire. ![endif]>![if> 36. Par courrier du 20 décembre 2012, l'intimée soutient que la cause est en l'état d'être jugée, et ce indépendamment des atteintes malades qui pourraient être mises en évidence par l'OAI.![endif]>![if> 37. En date du 11 janvier 2013, le recourant soutient que le Dr D_____ ne s'est prononcé ni sur l'existence d'une erreur médicale lors de la première opération, ni sur l'éventualité d'une nouvelle intervention, ni encore sur la question de savoir si son état de santé était stabilisé. Le recourant sollicite l'audition de ce médecin et maintient que ses troubles psychiques sont en relation de causalité avec son accident de la circulation qu'il qualifie de grave.![endif]>![if> 38. Par courrier du 15 janvier 2013, l'intimée relève que l'appréciation du Dr D_____ rejoint celle de son médecin d'arrondissement et que, partant, il n'y a aucun

document médical permettant de s'écarter de l'analyse du Dr B_____.[endif]>![if> 39. Le 25 janvier 2013, le recourant produit copie d'un courrier de l'OAI du 21 janvier 2013, aux termes duquel une expertise multidisciplinaire va être mise en œuvre pour déterminer le droit aux prestations du recourant.[endif]>![if> 40. Sur ce, la cause a été gardée 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; RS 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. A 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 délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.[endif]>![if> 4. L'objet du litige porte sur la question de savoir si c'est à juste titre que l'intimée a nié l'existence d'un lien de causalité entre l'accident du 9 juillet 2008 et les troubles psychiques du recourant, et qu'elle lui a alloué une rente d'invalidité de 35%. [endif]>![if> 5. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA).[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) L'exigence afférente au rapport de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement dommageable de caractère accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références). c) Le droit à des prestations suppose en outre l'existence d'un lien de causalité

adéquate. Le lien de causalité adéquate est une question de droit qu'il appartient à l'administration et, en cas de recours, au juge de trancher. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 125 V 461 consid. 5a et les références). 6. En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose guère, car l'assureur répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a). En revanche, il en va autrement lorsque des symptômes, bien qu'apparaissant en relation de causalité naturelle avec un événement accidentel, ne sont pas objectivables du point de vue organique. Dans ce cas, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (ATF 117 V 359 consid. 6 ; ATF 117 V 369 consid. 4b ; ATF 115 V 133 consid. 6 ; ATF 115 V 403 consid. 5). En présence de troubles psychiques apparus après un accident, on examine les critères de la causalité adéquate en excluant les aspects psychiques (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa ; ATF 115 V 403 consid. 5c/aa). 7. Dans le cas de troubles psychiques additionnels à une atteinte à la santé physique, le caractère adéquat du lien de causalité suppose que l'accident ait eu une importance déterminante dans leur déclenchement. La jurisprudence a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité, les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 115 V 403 consid. 5). Le Tribunal fédéral a encore précisé que ce qui est déterminant à cet égard, ce sont les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent. La gravité des lésions subies - qui constitue l'un des critères objectifs définis par la jurisprudence pour juger du caractère adéquat du lien de causalité - ne doit être prise en considération à ce stade de l'examen que dans la mesure où elle donne une indication sur les forces en jeu lors de l'accident (ATF non publié 8C_175/2010 du 14 février 2011, consid. 4.2 ; ATF non publié 8C_77/2009 du 4 juin 2009, consid. 4.1.1 et les références citées). Selon la jurisprudence (ATF 115 V 403 consid. 5), lorsque l'accident est insignifiant (l'assuré s'est par exemple cogné la tête ou s'est fait marcher sur le pied) ou de peu de gravité (il a été victime d'une chute banale), l'existence d'un lien de causalité adéquate entre cet événement et d'éventuels troubles psychiques peut, en règle générale, être d'emblée niée. Selon l'expérience de la vie et compte tenu des connaissances actuelles en matière de médecine des accidents, on peut en effet partir de l'idée, sans procéder à un examen approfondi sur le plan psychique, qu'un accident insignifiant ou de peu de gravité n'est pas de nature à provoquer une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. L'événement accidentel n'est ici manifestement pas propre à entraîner une atteinte à la santé mentale sous la forme, par exemple, d'une dépression réactionnelle. On sait par expérience que de tels accidents, en raison de leur importance minimale, ne peuvent porter atteinte à la santé psychique de la victime. Dans l'hypothèse où, malgré tout, des troubles notables apparaîtraient, on devrait les attribuer avec certitude à des facteurs étrangers à l'accident, tels qu'une prédisposition constitutionnelle. Dans ce cas, l'événement accidentel ne constituerait en réalité que l'occasion pour l'affection mentale de se manifester. Lorsque l'assuré est victime d'un

accident grave, il y a lieu, en règle générale, de considérer comme établie l'existence d'une relation de causalité entre cet événement et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. D'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, un accident grave est propre, en effet, à entraîner une telle incapacité. Dans ces cas, la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique se révélera la plupart du temps superflue. Sont réputés de gravité moyenne les accidents qui ne peuvent être classés dans l'une ou l'autre des catégories décrites ci-dessus. Pour juger du caractère adéquat du lien de causalité entre de tels accidents et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique, il ne faut pas se référer uniquement à l'accident lui-même. Il sied bien plutôt de prendre en considération, du point de vue objectif, l'ensemble des circonstances qui sont en connexité étroite avec l'accident ou qui apparaissent comme des effets directs ou indirects de l'événement assuré. Ces circonstances constituent des critères déterminants dans la mesure où, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, elles sont de nature, en liaison avec l'accident, à entraîner ou aggraver une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères dont les plus importants sont les suivants: - les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ; - la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ; - la durée anormalement longue du traitement médical; - les douleurs physiques persistantes ; - les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ; - les difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes ; - et, enfin, le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques. A ce propos, il y a lieu de considérer qu'en cas d'accident de gravité légère ou moyenne, le fait d'être écarté du monde du travail pendant une très longue durée ou de manière durable apparaît d'un point de vue médical comme plutôt inhabituel. Conformément au principe de l'obligation de réduire le dommage, il doit être reconnaissable concrètement que l'assuré a entrepris tout ce qui était possible et exigible pour regagner aussi vite que faire se peut le monde du travail. Ainsi, il doit tenter de reprendre son activité malgré les éventuels désagréments personnels et, le cas échéant, avec un accompagnement thérapeutique médical. Est dès lors déterminant non plus la durée de l'incapacité de travail, mais l'importance de l'incapacité de travail malgré les efforts consentis pour reprendre le travail. Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références ; ATF 115 V 133 consid. 6c/aa). Dans la pratique, a été jugé comme étant de gravité moyenne l'accident subi par la conductrice d'une motocyclette renversée par un automobiliste qui lui avait soudainement coupé la route et qui avait été victime d'une fracture de la clavicule et de contusion du pied (ATF non publié U 119/06 du 23 mai 2007) ; un accident de la circulation, se produisant sur une autoroute à une vitesse en dessous de 100 km/h, au cours duquel le conducteur avait dû brusquement se rabattre pour éviter un autre véhicule roulant en sens inverse, de sorte que la voiture avait dérapé et percuté la glissière de sécurité. La passagère arrière avait été projetée contre la portière qu'elle avait heurtée de la tête et de l'épaule, et avait subi une commotion cérébrale et une distorsion

cervicale (ATF non publié 8C_182/2009 du 8 décembre 2009) ; un accident de la route au cours duquel un chauffeur de camion avait été heurté de front par un fourgon qui avait lui-même été poussé par un train routier, causant une fracture multifragmentaire d'une rotule et plusieurs contusions (ATF non publié U 220/01 et U 248/01 du 29 mai 2002).

8. a) A teneur de l'art. 18 LAA, si l'assuré est invalide à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité. L'art. 8 al. 1 LPGA précise qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). La rente d'invalidité est due selon l'art 19 al. 1 LAA, 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. b) Le revenu sans invalidité s'évalue en règle générale, d'après le dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des circonstances à l'époque où est né le droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4). c) Quant au revenu d'invalidité, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base, notamment, des données salariales publiées par l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 75 consid. 3b/bb). La détermination du revenu d'invalidité sur la base de données salariales concrètes, telles que les descriptions de postes de travail (ci-après DPT), est un procédé admis au même titre que le recours aux données statistiques économiques. Les données salariales qui résultent des DPT ne peuvent toutefois servir au calcul du revenu d'invalidité que pour autant que certaines conditions soient remplies. Ainsi, l'assureur doit produire cinq DPT et préciser le nombre total de places de travail documentées entrant en considération pour le handicap donné, les salaires maximum et minimum de celles-ci et le salaire moyen du groupe correspondant. Lorsque le revenu d'invalidité 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 consid. 4.2.2).

9. a) La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). b) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée,

que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b). Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). 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. Etant 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). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; ATF non publié 8C_923/2010 du 2 novembre 2011, consid. 5.2.). c) 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). d) La procédure est régie par le principe inquisitoire, d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2 ; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Car si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas

d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 261 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 372 consid. 3; RAMA 1999 n° U 344 p. 418 consid. 3). 10. En l'occurrence, la question de la causalité naturelle entre l'accident et les troubles psychiques développés par le recourant à partir du mois d'octobre 2009 peut rester indécise, dès lors que la causalité adéquate fait défaut au regard des critères posés par la jurisprudence dans le cas d'accidents de gravité moyenne. En effet, le sinistre du 9 juillet 2008 doit être classé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne, à la limite des accidents de peu de gravité, au vu de son déroulement et des forces en jeu. S'agissant des critères jurisprudentiels, la Cour de céans constate que l'accident n'a été ni particulièrement impressionnant, ni spécialement dramatique, étant rappelé notamment que seuls deux motocyclistes ont été impliqués dans le sinistre, que les deux protagonistes circulaient à faible allure, qu'il n'y a pas eu de collision et que l'accident n'a compté qu'un blessé. La lésion subie, à savoir une fracture du tibia gauche, ne saurait être considérée d'une gravité ou d'une nature propre à entraîner des troubles psychiques, et ce en dépit du fait que les résultats escomptés suite aux opérations n'ont pas été atteints. Le traitement médical, comme tel, a consisté principalement en une ostéosynthèse (10 juillet 2008), ainsi qu'une ablation du matériel d'ostéosynthèse et une ostéotomie (18 février 2010). Parallèlement, le recourant a suivi un traitement de physiothérapie et médicamenteux et diverses mesures diagnostiques ont été nécessaires (échographie, radiographies). Le traitement, bien qu'il se soit déroulé sur une période relativement étendue, n'apparaît pas pour autant anormalement long. Bien que l'on puisse admettre que le recourant a présenté des séquelles rares et que le diagnostic de ténosynovite du tendon tibial postérieur a été posé relativement tardivement, il ne ressort pas du dossier du recourant que ce dernier aurait été victime d'une erreur dans le traitement médical ni qu'une telle erreur aurait considérablement aggravé ses séquelles. Le fait qu'il ait dû être réopéré en février 2010 n'est pas déterminant non plus, dans la mesure où la seconde intervention n'a pas aggravé les suites de l'accident. Concernant l'incapacité de travail, la Cour de céans relève qu'elle a notamment été prolongée en raison d'une surcharge des HUG, puisque l'opération préconisée par le Dr D_____ au mois de septembre 2009 n'a pu avoir lieu qu'en février 2010. En outre, l'importance et la durée de l'incapacité de travail résultent également du fait que le recourant espérait pouvoir reprendre son activité professionnelle habituelle, très physique, qui s'est en définitive révélée être inadaptée à ses limitations fonctionnelles bien définies. Il est rappelé que le Dr B_____ a attesté au mois de mai 2009, soit dix mois après l'accident, que le recourant présentait une capacité de travail résiduelle de 50% dans une activité adaptée, ce qui a été confirmé en juin 2010 par la CRR, en juillet et en août 2010 par le Dr G_____, en octobre 2010 par la Dresse H_____, puis en novembre 2010 par le Dr D_____. En février 2011, le Dr B_____ a estimé que la capacité de travail résiduelle était entière, eu égard aux seules lésions physiques d'origine accidentelle. Le critère des douleurs physiques persistantes est quant à lui réalisé. En effet, malgré la consolidation osseuse de la fracture, le recourant présente aujourd'hui encore des maux importants et une mobilité réduite qui influencent notablement son quotidien et qui ont justifié le versement d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10%. Le critère des difficultés apparues au cours de la guérison peut également être retenu puisque l'échographie effectuée le 16 juin 2009 a révélé d'importants conflits entre le tendon tibial et le matériel chirurgical, et que le Dr D_____ a diagnostiqué, en septembre 2009, un pied plat post-traumatique avec un valgus de l'arrière-pied, un affaissement du jambier

postérieur et de la voûte longitudinale interne, de sorte qu'il a préconisé une nouvelle intervention. Eu égard à l'ensemble des circonstances, les critères posés par la jurisprudence sont en partie réunis, sans toutefois revêtir une intensité suffisante pour établir une relation de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques attestés par la psychiatre-traitant du recourant. La Cour de céans rappelle à toutes fins utiles que cet examen relève d'une question de droit et qu'il est par conséquent inutile de procéder à une expertise psychiatrique. De surcroît, la Cour de céans remarque que le recourant a sollicité un soutien psychologique en octobre 2009, soit quinze mois après son accident, et qu'il a alors clairement indiqué que cette demande était liée à un conflit professionnel important, car il s'estimait victime de mobbing. La Dresse F _____, laquelle a procédé à un consilium psychiatrique en juin 2010 à la CRR, a fait état d'une réaction anxio-dépressive lors du retour au travail, précisant que les questions professionnelles étaient au premier plan et que le recourant était très soucieux quant à sa situation professionnelle. Compte tenu de l'ensemble de ces circonstances, c'est à juste titre que l'intimée a nié l'existence d'un rapport de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques présentés par le recourant.

11. Reste à déterminer si c'est à bon droit que l'intimée a fixé le taux de la rente d'invalidité du recourant à 35%.>![endif]>![if> Se basant sur l'appréciation de son médecin-conseil, l'intimée a retenu que le recourant présentait une entière capacité de travail dans une activité compatible avec son état de santé. a) S'agissant de la valeur probante du rapport du Dr B _____ du 16 février 2011, la Cour de céans observe que ce document contient un résumé détaillé du dossier médical du recourant, relate les plaintes exprimées par celui-ci et se fonde sur des observations approfondies et des investigations complètes. Le Dr B _____ a expliqué que son examen confirmait l'existence de séquelles au niveau du pied et de la cheville gauches du recourant, avec des douleurs à la charge et un affaissement du pied, et a précisément défini les limitations fonctionnelles. Ses conclusions, selon lesquelles le recourant ne pourrait définitivement plus exercer un travail de force, mais pourrait exercer une activité professionnelle à temps complet moyennant le respect des contre-indications signalées, sont sérieusement motivées et convaincantes.![endif]>![if> Les autres pièces médicales du dossier ne remettent pas en cause cette appréciation. En effet, bien que le Dr G _____ (rapports des 20 juillet et 6 août 2010), et la Dresse H _____ (rapport du 21 octobre 2010), aient estimé à 50% la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée, il sied de relever qu'il s'est écoulé respectivement six et quatre mois entre leurs appréciations et celle du médecin d'arrondissement, et que le Dr G _____ a expressément mentionné que la capacité de travail du recourant pourrait progressivement être augmentée. De surcroît, le Dr D _____, lequel avait également fait état d'une capacité de travail de 50% en novembre 2010, a confirmé les conclusions du Dr B _____, puisqu'il a répondu à la Cour de céans le 21 novembre 2012 que la capacité de travail du recourant était pour ainsi dire entière dans une activité sédentaire. Partant, rien ne permet de douter de la fiabilité et de la pertinence des conclusions du médecin d'arrondissement de l'intimée, de sorte qu'il n'y a pas lieu de mettre en œuvre une expertise. Par conséquent, au vu de la valeur probante du rapport final du Dr B _____, il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante exigé par la jurisprudence, que le recourant présente une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. b) Reste donc à comparer le salaire que le recourant aurait pu gagner en tant que chef d'équipe (salaire de valide) à celui qu'il pourrait gagner dans une activité adaptée à son état de santé et donc parfaitement exigible (salaire d'invalidé).![endif]>![if> En l'espèce, l'intimée a fixé le salaire de valide conformément aux indications fournies par

l'ancien employeur du recourant. Ainsi, en 2011, le recourant aurait perçu un salaire annuel de 96'593 fr. 85, soit un salaire mensuel de 8'049 francs. S'agissant du salaire d'invalidé, l'intimée s'est référée aux cinq DPT suivantes: 489978 (contrôleur dans l'horlogerie), 353648 (assistant de gestion), 3631 (sertisseur en bijouterie), 6848 (polisseur) et 2260 (collaborateur de production). Ces DPT respectent les contre-indications présentées par le recourant puisque les activités décrites ne requièrent ni le port de charges supérieures à 15 kilogrammes, ni les positions debout prolongées, accroupies ou à genoux, ni des longs déplacements ou des marches en terrain inégal. Conformément aux exigences jurisprudentielles, l'intimée a précisé le nombre de places de travail correspondant à ces métiers dans cinq entreprises, avec les salaires maximum, minimum et moyen. En l'occurrence, la moyenne des salaires des cinq DPT s'élève à 63'190 fr. 40, soit 5'265 fr. par mois. Il en résulte une perte de gain de 34.58%. Le recourant conteste cette appréciation et estime présenter une incapacité de gain de 70%. Il soutient que ses chances de trouver un emploi sont quasi nulles, compte tenu notamment de son âge, de sa formation, du marché de l'emploi et de son instabilité psychologique. Or, il est rappelé que lorsque le revenu d'invalidé est déterminé sur la base des DPT, une réduction de salaire n'est ni justifiée ni admissible. La Cour de céans relève encore que le recourant ne livre aucun argument permettant de remettre en cause les conclusions de l'intimée ni ne produit de document venant étayer sa propre évaluation. C'est donc à bon droit que l'intimée a reconnu au recourant une pleine capacité de travail dans une activité adaptée et qu'elle a fixé le taux d'invalidité eu égard aux seules atteintes à la santé physique. 12. Au vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, est rejeté. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :
Statuant A la forme :

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