

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1277/2015

ATAS/656/2016

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 22 août 2016

10^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié chez M. B_____; à CAROUGE,
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Maurice
UTZ

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE

intimé

**Siégeant : Mario-Dominique TORELLO, Président; Willy KNOEPFEL et Jean-Pierre
WAVRE, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré ou le recourant), ressortissant d'origine kosovare né en 1958, a travaillé en qualité de peintre en bâtiment. Il a chuté d'une échelle le 9 novembre 2012.
2. Les radiographies de la colonne lombaire réalisées en date du 21 novembre 2012 par le docteur C_____, spécialiste FMH en radiologie, ont révélé une attitude scoliotique de la colonne lombaire à convexité gauche avec lordose physiologique diminuée, une cunéisation de D12-L1, une discopathie sévère L4-L5 avec sclérose des plateaux et ostéophytose antérieure, une sclérose de surcharge des facettes articulaires postérieures, un aspect hypertrophié des sourcils cotyloïdiens et une bascule non significative du bassin à gauche, de 3 mm par rapport au côté droit.
3. Le 2 décembre 2012, l'assuré a consulté le Service des urgences des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) en raison de l'apparition d'une très forte douleur dans le membre inférieur droit.
4. Le Dr C_____ a réalisé une IRM lombaire le 18 décembre 2012. Il a conclu à un canal lombaire constitutionnel étroit, à une dégénérescence discale étagée avec discarthrose L4-L5, à une protrusion discale conférentielle L4-L5 en contact discret avec les racines L4 dans leur trajet extra-foraminal, à une hernie discale L5-S1 luxée vers le haut de localisation paramédiane droite, déformant et appuyant fortement sur la partie antérieure du fourreau dural, sur l'émergence de la racine S1 droite, en conflit avec la racine L5 droite dans son trajet foraminal.
5. Dans son rapport du 8 janvier 2013, le docteur D_____, médecin traitant de l'assuré, a indiqué que l'assuré était tombé d'une échelle sur le dos. La mobilisation de la région cervicale et lombaire était douloureuse, à l'instar de la palpation des repères osseux et des muscles paravertébraux. Le diagnostic était celui de lombalgies post-traumatiques sur hernie discale L5-S1 luxée vers le haut, de localisation paramédiane droite, déformant et appuyant fortement sur la partie antérieure du fourreau dural, sur l'émergence de la racine S1 droite, en conflit avec la racine L5 droite dans son trajet foraminal.
6. Le 13 février 2013, l'assuré a consulté le docteur E_____, médecin au Service de neurochirurgie des HUG, qui a préconisé des infiltrations péri-radiculaires L5-S1 droites.
7. Selon le rapport du 4 avril 2013 du docteur E_____, médecin au Service de neurochirurgie des HUG, l'assuré avait refusé de se soumettre à des infiltrations en raison de l'amendement de ses douleurs. Compte tenu de cette amélioration, le Dr E_____ ne proposait pas de traitement chirurgical, mais un sevrage progressif du Tramal® afin d'envisager une reprise du travail dans les meilleurs délais.
8. L'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office d'assurance-invalidité (ci-après l'OAI ou l'intimé), qui l'a reçue le 22 mai 2013. Il a indiqué

être employé par F_____ Sàrl en qualité de peintre en bâtiment depuis juin 2012 pour un salaire horaire de CHF 35.-.

9. Dans son avis du 18 avril 2013, le docteur G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA, assurance-accidents, a admis l'existence d'un lien de causalité entre la chute et la hernie luxée de l'assuré.
10. Le 30 juillet 2013, le Dr D_____ a qualifié l'état de l'assuré de stationnaire, avec une persistance des lombosciatalgies.
11. Dans son rapport du 22 août 2013, le Dr D_____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de lombalgies post-traumatiques sur hernie discale L5-S1 luxée vers le haut, de localisation paramédiane droite, déformant et appuyant fortement sur la partie antérieure du fourreau dural, sur l'émergence de la racine S1 droite, en conflit avec la racine L5 droite dans son trajet foraminaux, depuis novembre 2012. L'assuré souffrait également de diabète de type II, d'endartériectomie de l'artère carotide gauche pour sténose symptomatique (accident vasculaire cérébral [AVC] hémisphérique gauche) en 2010 et sténose asymptomatique de l'artère carotide droite. L'évolution des douleurs était peu favorable et la mobilisation de la région cervicale et lombaire était douloureuse. Le pronostic était réservé. L'incapacité de travail en tant que maçon était totale depuis le 12 novembre 2012, et on ne pouvait s'attendre à une amélioration.
12. Selon l'extrait de compte individuel AVS de l'assuré que l'OAI s'est procuré le 27 août 2013, celui-ci a réalisé un revenu de CHF 8'698.- en 2008 et de CHF 49'000.- en 2009 auprès de H_____, et de CHF 2'872.- en 2009 auprès d'une société de placement de personnel.
13. Selon les fiches de salaire que la SUVA a obtenues en septembre 2013, l'assuré a réalisé auprès de F_____ Sàrl un revenu brut de CHF 6'336.- en juin 2012 ; CHF 6'352.- en juillet 2012 ; CHF 6'368.- en août 2012 ; CHF 6'320.- en septembre 2012 ; CHF 6'368.- en octobre 2012, ces montants incluant 21 à 22 indemnités panier de CHF 16.- par jour.
14. Le docteur I_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la Suva, a procédé à l'examen de l'assuré le 7 octobre 2013. Il a noté que le discours de l'assuré était un peu flou. Il se plaignait toujours d'épisodes de blocage du membre inférieur droit, empêchant la reprise d'une activité professionnelle. Une symptomatologie douloureuse au niveau de la cheville avait été évoquée récemment, alors qu'aucun traumatisme n'avait eu lieu. Le tableau clinique évoluant depuis presque une année avec des douleurs dont les contours étaient difficiles à cerner, le médecin proposait un séjour à la Clinique romande de réadaptation (CRR) afin d'évaluer les capacités fonctionnelles de l'assuré.
15. L'assuré a été hospitalisé à la CRR du 22 au 23 octobre 2013, date à laquelle il a dû interrompre son séjour en raison d'un problème socio-familial.

-
16. Le Dr I_____ a examiné l'assuré le 25 novembre 2013. Il a souligné que l'assuré présentait depuis plus d'une année une lombosciatalgie tronquée droite, faisant suite à une chute d'une hauteur de 2 mètres. Compte tenu de la violence du traumatisme initial, la notion de hernie post-traumatique avait été acceptée. L'évolution était lente. L'assuré avait refusé une infiltration en avril en raison d'une phase d'amélioration. L'évolution clinique était pour l'heure insatisfaisante, et elle était grevée par des problèmes sociaux. L'assuré venait d'être expulsé de son logement. Un nouveau séjour à la CRR était nécessaire afin d'effectuer un bilan clinique et d'évaluer les capacités réelles de l'assuré. En outre, le bilan radiographique de la cheville droite n'avait pas mis en évidence de signe d'arthrose évoluée incapacitante.
17. A la demande de l'OAI, le Dr D_____ a précisé le 26 décembre 2013 que l'assuré présentait des limitations physiques dans toute activité aggravant la lombosciatalgie, soit pour maintenir une posture longtemps, marcher, s'accroupir et porter des charges. Il présentait également des limitations psychiques dues à un état dépressif sévère. Le Dr D_____ ne pouvait se prononcer sur la capacité de travail dans une activité adaptée. Le tableau clinique de la hernie discale se compliquait actuellement d'un état dépressif et de graves problèmes sociaux, l'assuré ayant été expulsé de son logement.
18. L'assuré a une nouvelle fois séjourné à la CRR du 18 décembre 2013 au 15 janvier 2014. Dans leur rapport du 24 janvier 2014, les docteurs J_____, spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation, et K_____, médecin assistante, ont posé le diagnostic principal de thérapies physiques et fonctionnelles pour syndrome radiculaire L4-L5 droit, irritatif et probablement déficitaire sur le plan sensitif, ainsi que les diagnostics supplémentaires suivants : hernie discale L5-S1 paramédiane droite luxée vers le haut avec une nette régression sur l'IRM du 2 janvier 2014 ; troubles dégénératifs étagés lombaires prédominants en L4-L5 ; canal lombaire étroit L4-L5 ; sténose du foramen L5-S1 droit d'origine osseuse et discale ; chute d'une échelle le 9 novembre 2012 ; diabète non insulino-dépendant ; souffle carotidien bilatéral ; discrète polyneuropathie axonale à prédominance sensitive, probable origine métabolique (diabète) ; hypercholestérolémie traitée ; tabagisme actif (40 UPA) ; carence en vitamine D ; et antécédent d'AVC ischémique précentral et post-central gauche en 2010 sur sténose de l'artère carotide interne gauche, pris en charge par endartériectomie carotidienne gauche le 11 mai 2010. Les médecins ont complété leur examen clinique par un bilan hématologique et chimique, une IRM et des radiographies de la colonne lombaire, un écho-doppler artériel des membres inférieurs, un électroneuromyographe (ENMG) ainsi qu'un examen neurologique, un consilium psychiatrique, une consultation de l'antalgie, un rapport de physiothérapie et un *Performance Assessment & Capability Testing* (PACT), lequel a révélé des scores incohérents de 34 à l'entrée et de 67 à la sortie.

A l'entrée, l'assuré se plaignait de douleurs lombaires basses à droite, irradiant dans la fesse et la face postérieure de la cuisse et la face postéro-latérale de la jambe

jusqu'à la cheville. Il n'y avait pas de douleurs au repos. Les douleurs apparaissaient après 40 mètres de marche et forçaient l'assuré à s'asseoir ou à s'arrêter. Il mentionnait des fourmillements à la cheville et sur la face dorsale du pied et des orteils. Il ressentait parfois une froideur, sans changement de couleur. Son moral était bas. L'assuré était très préoccupé par sa situation actuelle. Lui et sa famille avaient été expulsés de leur logement, et il passait ses nuits dans sa voiture, alors que son épouse et ses enfants dormaient chez des amis. Un traitement antidépresseur avait été proposé, mais refusé par l'assuré. Les examens radiologiques avaient révélé des troubles lombaires pluri-étagés prédominants en L4-L5 avec un Modic I, sans antélisthésis ou rétrolisthésis mesurable lors des épreuves de flexion et d'extension, une régression de la hernie discale paramédiane L5-S1 droite luxée vers le haut à l'IRM du 18 décembre 2012, une hernie discale foraminale L5-S1 à droite, oblitérant le trou de conjugaison et refoulant postérieurement et latéralement la racine L5 droite d'aspect tuméfié, à laquelle se rajoutaient le trouble dégénératif et une protrusion discale circonférentielle postérieure en L4-L5 au contact des racines L5 à droite à leur point d'engagement dans les récessus latéraux. L'examen neurologique relevait des signes compatibles avec une légère atteinte radiculaire L4 ou L5 à droite. Cela se traduisait par un signe de Lasègue positif, une hypoesthésie tacto-algique dont le territoire pouvait correspondre au segment L4 et surtout L5, une hyporéflexie rotulienne droite et de légers signes de dénervation dans un muscle tributaire des racines L4-L5. Il y avait également une discrète polyneuropathie axonale longueur dépendante à prédominance sensitive, symétrique, de probable origine métabolique (diabète). L'atteinte radiculaire au décours pouvait s'expliquer par la hernie L5-S1 luxée vers le haut, elle aussi en régression. La sténose du foramen L5-S1 droite d'origine dégénérative pouvait aussi jouer un rôle. Au vu de l'ensemble des éléments radio-cliniques, en tenant compte de la problématique sociale au premier plan, des infiltrations étaient proposées au médecin traitant, un avis chirurgical étant préconisé si l'évolution n'était pas favorable. Les angiographies de 2010 et 2013 démontraient une probable occlusion de l'artère carotide droite. Le bilan artériel réalisé écartait le diagnostic d'une insuffisance artérielle du membre inférieur qui pourrait expliquer les symptômes. Au vu de la problématique métabolique, une prise en charge diététique avec régime diabétique avait été proposée, avec des conseils alimentaires. Une carence en vitamine D devrait être complétée par le médecin de famille. Les plaintes et limitations fonctionnelles ne s'expliquaient pas totalement par les anomalies objectives constatées pendant le séjour. Il était difficile d'interpréter les scores très bas au PACT (auto-évaluation des attitudes fonctionnelles). La consultation antalgique avait abouti à la proposition d'instaurer un traitement au Lyrica®. L'évolution subjective et objective était non significative. La participation de l'assuré aux thérapies avait été considérée comme moyenne. Les Drs J_____ et K_____ retenaient les limitations fonctionnelles suivantes : éviter le port de charges de plus de 10 kg, le maintien très prolongé debout ou assis, le maintien prolongé du tronc en porte-à-faux, la marche en terrain

difficile, les flexions-extensions répétées du tronc. La situation n'était pas stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles. Théoriquement, des progrès étaient encore possibles lorsque l'assuré n'aurait plus de souci de logement et pourrait se concentrer sur sa réadaptation. L'investissement pour l'heure insuffisant dans la rééducation ne justifiait pas la prescription de physiothérapie. La capacité de travail dans la profession de plâtrier-peintre était définitivement nulle.

Lors du consilium psychiatrique du 26 décembre 2013, le docteur L_____, spécialiste FMH en psychiatrie, a retracé l'anamnèse personnelle de l'assuré et relevé que ses plaintes portaient avant tout sur les problèmes de logement. L'assuré ne présentait pas de trouble attentionnel ou mnésique. La thymie était légèrement abaissée mais pouvait fluctuer de manière satisfaisante selon les sujets évoqués. L'assuré frappait par une oscillation entre une volonté d'aller de l'avant et une attitude passive et défaitiste. Hormis les soucis en lien avec ses problèmes très concrets, il n'y avait pas de signe orientant vers un trouble anxieux spécifique, ni de signe pour un éventuel trouble psychotique ou un trouble de la personnalité. Le Dr L_____ ne retenait aucune psychopathologie relevant d'un diagnostic avéré. L'assuré avait bénéficié d'un suivi psychologique pendant son séjour lui permettant d'extérioriser ses préoccupations, ce qui pouvait contribuer à une amélioration globale de son état de santé.

19. Dans son appréciation du 18 mars 2014, le Dr I_____ a retenu que seize mois après la survenance de l'accident, l'élément causal avait cessé ses effets délétères. En l'absence de traitement complémentaire neurochirurgical, le *statu quo sine* était atteint ce jour. L'ancienne activité de plâtrier-peintre n'était plus exigible. Compte tenu des limitations fonctionnelles retenues lors du séjour à la CRR, en évitant le port de charges supérieures à 10 kg, le maintien prolongé debout ou assis, le maintien du tronc en porte-à-faux, la marche en terrain difficile et les flexions en torsion répétées du tronc, une activité lucrative était exigible à plein temps sans diminution de rendement, si l'on faisait abstraction des problèmes sociaux.
20. Par décision du 26 mars 2014, la SUVA a mis un terme au versement des prestations au 31 mars 2014, les troubles actuels étant selon le médecin d'arrondissement exclusivement de nature malade.
21. Dans son avis du 16 avril 2014, le docteur M_____, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), a retenu que le Dr D_____ avait confirmé l'incapacité définitive totale de travail de l'assuré dans l'activité de plâtrier.
22. Faisant suite à la demande de l'OAI exigeant les comptes et bilans de la société N_____ Sàrl, l'assuré a répondu par courrier du 9 septembre 2014 que son activité professionnelle avait cessé après son accident, survenu le 9 novembre 2012. Depuis, la société n'avait eu aucune activité, raison pour laquelle aucun bilan n'avait pu être établi pour 2013.

-
23. Le 4 novembre 2014, l'OAI a procédé au calcul du degré d'invalidité. Le salaire avec invalidité, fondé sur le revenu statistique tiré d'activités simples et répétitives selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) 2010, tableau 1, était de CHF 5'097.- par mois et de CHF 61'164.- par an une fois indexé à 2013 et adapté à la durée hebdomadaire de travail de 41.6 heures. Compte tenu d'un temps de travail raisonnablement exigible de 100 % et d'un abattement statistique de 10 %, le revenu d'invalidité était de CHF 56'404.-. Quant au revenu sans invalidité, il s'élevait à CHF 63'336.- en 2010, et à CHF 64'897.- après indexation. La comparaison des revenus aboutissait ainsi à un degré d'invalidité de 13.09 %.
24. Selon l'extrait de compte individuel AVS du 12 novembre 2014, l'assuré a déclaré des revenus de CHF 49'000.- auprès de H_____ tant en 2011 qu'en 2012.
25. L'OAI a réalisé une enquête pour activité professionnelle indépendante le 11 décembre 2014. Il a retenu une capacité de travail nulle en tant que peintre mais totale dans une activité adaptée. L'assuré avait été chef d'entreprise des sociétés suivantes : raison individuelle H_____, inscrite au registre du commerce en décembre 2008 et radiée le 25 juin 2010, raison individuelle Entreprise Générale S_____, inscrite au registre du commerce en décembre 2009 et radiée le 29 mai 2012, F_____ Sàrl inscrite au registre du commerce en février 2009 et radiée le 17 décembre 2013. Ces entreprises avaient été dissoutes par des faillites. L'assuré avait racheté les parts de la société F_____ Sàrl en juin 2012 à Monsieur O_____. L'entreprise effectuait des travaux en sous-traitance. Elle n'avait plus eu de salarié ou de chantier depuis le 9 novembre 2012. L'assuré peignait des plafonds et posait du papier peint dans cette entreprise, avec son fils et son cousin. Il travaillait généralement seul ou en petite équipe. Ses tâches consistaient à travailler toutes sortes de produits à base de plâtre pour la construction de cloisons, de faux-plafonds ou de chapes. Il appliquait la peinture au pinceau, au rouleau ou au pistolet. Il exécutait également des travaux d'isolation thermique, phonique et contre l'humidité. Une grande partie de ces tâches était réalisée en hauteur sur des escabeaux, des échelles ou des échafaudages. La SUVA avait mis un terme au versement de prestations le 31 mars 2014, considérant que les troubles étaient imputables à la maladie après cette date. L'assuré disait percevoir un salaire mensuel de CHF 6'000.- en 2012. Selon les taxations intervenues d'office de 2009 à 2012, le revenu de couple était de CHF 49'000.-. Selon l'extrait de compte individuel de l'assuré, les cotisations étaient prélevées sur un revenu réalisé en qualité d'indépendant de CHF 49'000.- par année en 2011 et 2012. L'assuré ne disposait pas des comptes de pertes et profits de ses sociétés pour 2008 et 2013. Tous les documents étaient en mains de l'Office des faillites. Au vu de ces éléments, l'OAI ne pouvait déterminer le revenu de l'assuré de manière fiable. Il convenait partant de se référer aux données salariales issues de l'ESS dans une activité de plâtrier-peintre en tenant compte d'un niveau 4, soit CHF 63'336.- en 2010 et CHF 64'425.- après indexation à 2012. L'assuré n'était pas désireux de travailler dans une activité adaptée.

26. La doctoresse P_____, médecin au SMR, a relevé dans son avis du 5 février 2015 que l'assuré était apte à la réadaptation dès le mois d'octobre 2013. Une reprise progressive du travail aurait permis l'exercice d'une activité adaptée à 100 %. Aucun trouble d'ordre psychiatrique n'avait été constaté lors de son séjour à la CRR.
27. Le 13 février 2015, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision niant le droit aux prestations. Il a indiqué que le revenu sans invalidité, fixé sur le revenu selon l'ESS 2010 (TA7 Total homme, domaine 11, niveau 4), était de CHF 64'425.- après indexation en 2012. Il a ensuite indiqué que le revenu sans invalidité était de CHF 64'896.-, ce qui comparé au revenu avec invalidité de CHF 56'404.- établi conformément au calcul du 4 novembre 2014, aboutissait à un degré d'invalidité de 13 % à l'issue du délai d'attente d'une année, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente ou à des mesures de reclassement.
28. Par décision du 25 mars 2015, l'OAI a confirmé les termes de son projet.
29. Par écriture du 19 avril 2015, l'assuré a interjeté recours contre la décision de l'OAI. Il a conclu, sous suite de dépens, préalablement à l'octroi d'un délai pour compléter son recours, à son audition et à l'audition de témoins, dont son médecin traitant, et sur le fond à l'annulation de la décision et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.
- Le recourant a allégué qu'il percevait un revenu mensuel brut de CHF 6'350.- dans sa dernière activité en qualité de gérant de la société F_____ Sàrl. Il a contesté disposer d'une capacité de travail dans une activité adaptée, soutenant que ses limitations fonctionnelles impliquaient une incapacité de travail dans toute activité. Il a invoqué une violation de son droit d'être entendu eu égard à la motivation lacunaire de la décision litigieuse. Il s'étonnait enfin que l'intimé n'ait pas tenu compte de ses revenus effectifs pour déterminer son revenu sans invalidité.
30. Dans sa réponse du 26 mai 2015, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a contesté une violation du droit d'être entendu du recourant, ce dernier ayant été informé par le biais du projet de décision du refus de prestations et ayant eu l'opportunité de faire valoir son droit d'être entendu et de consulter le dossier à ce moment. La motivation n'était pas non plus à tel point insuffisante qu'elle violerait le droit d'être entendu du recourant. S'agissant de la capacité de travail du recourant, il n'existait aucun motif de s'écarter des conclusions de l'avis de la SUVA. Une capacité de travail complète dans une activité adaptée était objectivement exigible dès le 18 mars 2014. En ce qui concernait le revenu sans invalidité, au vu de la cessation de l'activité lucrative indépendante, la méthode générale de comparaison des revenus était applicable. Les éléments économiques du dossier ne permettaient pas de déterminer de manière fiable les revenus réalisés avant l'atteinte à la santé. C'était ainsi à juste titre que l'intimé s'était fondé sur des revenus statistiques.
31. Par écriture du 22 juin 2015, le recourant a complété son recours et s'est déterminé sur la réponse de l'intimé en persistant dans ses conclusions. Il a souligné que le

Dr D_____ avait relevé un état dépressif sévère dans son rapport du 26 décembre 2013. Le recourant était suivi depuis deux ans par le docteur Q_____, spécialiste FMH en psychiatrie, dont il demandait l'audition. Le recourant a sollicité un délai de 15 jours pour produire un rapport de ce médecin. Il a fait grief à l'intimé de ne pas avoir tenu compte de son état psychique, l'avis du SMR du 5 février 2015 ne tenant pas compte du certificat du Dr D_____ du 26 décembre 2013.

32. Par duplique du 1^{er} juillet 2015, l'intimé a persisté dans ses conclusions. Il a soutenu que le tableau clinique était dominé par une problématique physique, se référant au consilium psychiatrique réalisé à la CRR excluant des troubles psychiques. La mise en valeur de la capacité de travail totale du recourant dans une activité adaptée était exigible.
33. Par courrier du 8 juillet 2015, la chambre de céans a octroyé un délai au 23 juillet 2015 au recourant pour produire le rapport du Dr Q_____, délai prorogé au 25 août 2015 par courrier du 28 juillet 2015.
34. Le 12 août 2015, le recourant a produit un rapport psychologique établi par Madame R_____, psychologue FSP, en date du 10 août 2015. Il a déclaré maintenir ses conclusions.

Dans la pièce jointe à son envoi, la psychologue a relaté suivre le recourant depuis deux ans pour une psychothérapie cognitivo-comportementale. Durant cette période, l'état du recourant, aussi bien physique que psychique, s'était détérioré. Elle a décrit les difficultés sociales rencontrées durant ce laps de temps, en indiquant que le recourant s'était senti très coupable. Il était entré dans un état dépressif majeur. Il avait perdu tout espoir, était très angoissé et souffrait d'un fort sentiment de culpabilité. Il avait perdu toute joie de vivre. Il évitait les contacts avec ses proches et négligeait son habillement et son hygiène. La psychologue doutait qu'une amélioration de l'état de santé du recourant fût possible.

35. Par courrier du 19 août 2015, la chambre de céans s'est étonnée de la production d'un rapport établi par une psychologue, alors que l'audition du Dr Q_____ avait été sollicitée et qu'un rapport de ce spécialiste avait été annoncé. Elle a invité le recourant à lui faire parvenir un rapport du psychiatre traitant.
36. Par courrier du 6 octobre 2015, la chambre de céans a imparti un délai au 16 octobre 2015 au recourant pour produire un rapport du Dr Q_____.
37. Le recourant s'est exécuté le 7 octobre 2015. Il a indiqué qu'il renonçait à l'audition de son psychiatre et s'en remettait à l'appréciation de la chambre de céans s'agissant de l'opportunité d'entendre Mme R_____.

Dans son rapport joint du 23 septembre 2015, le Dr Q_____ a indiqué que le recourant souffrait d'un état dépressif majeur et d'un état de stress post-traumatique. Il s'était présenté trois fois à la consultation du Dr Q_____, et avait bénéficié d'un traitement médicamenteux qui avait paru efficace lors de la dernière consultation à la mi-juin 2015.

38. La chambre de céans a entendu les parties lors de l'audience du 26 octobre 2015.

Interpellée par la chambre de céans, la représentante de l'intimé a précisé que le revenu sans invalidité à prendre en compte était de CHF 64'425.- et non de CHF 64'896.-, comme indiqué dans la décision entreprise.

Le recourant a indiqué qu'il ne pouvait toujours pas travailler. Au plan physique, il subissait certaines limitations, dont l'obligation de fréquemment changer de position. Il avait mis 5 minutes pour gravir les escaliers menant à la salle d'audience. S'agissant de sa capacité à porter des poids, il pouvait porter des poids de dix kilos debout, mais ne pouvait les soulever s'il devait se baisser pour le faire. Il éprouvait également des difficultés sur le plan psychique. Il était suivi depuis deux ans par un psychiatre et une psychologue. Il avait toujours aimé le travail et aimé progresser dans la vie. Depuis que cet accident est survenu, le recourant pensait beaucoup à ce qui lui arrivait. Il ne supportait pas le fait de ne plus pouvoir aller de l'avant. La nuit, il ressentait des bruits dans la tête et avait l'impression que celle-ci exploserait. Sur le plan intime, il n'avait plus d'envie et ne dormait plus avec sa femme. Il était suivi par Mme R_____ depuis qu'il était rentré de l'hôpital après l'accident. Il avait vu le Dr Q_____ pour la première fois au mois de mai. Il n'avait pas de problème particulier pour lire le journal, qu'il pouvait parcourir pendant plusieurs minutes. Il a indiqué que ses maux de dos n'étaient actuellement pas très forts, mais ils le dérangent et l'énervaient car il devait sans cesse changer de position. Il n'avait pas recherché de travail correspondant à ses limitations car il n'en n'avait pas envie.

La représentante de l'intimé a souligné que les limitations physiques évoquées par le recourant étaient connues et qu'elles avaient toutes été prises en compte dans l'évaluation de sa capacité de travail. Elle a encore corrigé une erreur dans l'écriture du 26 mai 2015 : la capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée était exigible depuis octobre 2013 et non depuis le 18 mars 2014.

A l'issue de l'audience, les parties ont renoncé à d'autres mesures d'instruction.

Sur ce, 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) 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).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La LPGA, entrée en force le 1^{er} janvier 2003, est applicable à la présente procédure.
3. Le recours a été déposé dans les délai et forme prévus par la loi (art. 56ss LPGA).

4. L'objet du litige dans la procédure administrative contentieuse 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 non pas dans l'objet du litige. Les questions qui - bien qu'elles soient visées par la décision administrative et fassent ainsi partie de l'objet de la contestation - ne sont plus litigieuses, d'après les conclusions du recours, et qui ne sont donc pas comprises dans l'objet du litige, ne sont examinées par le juge que s'il existe un rapport de connexité étroite entre les points non contestés et l'objet du litige (arrêt du Tribunal fédéral 9C_441/2008 du 10 juin 2009 consid. 2.2).

Le recourant ayant exclusivement contesté la négation du droit à la rente, c'est uniquement ce point – à l'exclusion du refus de mesures professionnelles – qui fait l'objet du litige.

5. Aux termes de l'art. 8 al. 1^{er} LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. En vertu de l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur 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. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

En vertu de l'art. 28 al. 1^{er} LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à

60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins.

6. L'invalidité est une notion économique et non médicale, où sont prises en compte les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de gain (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 15/06 du 21 décembre 2006 consid. 2.2). La notion d'invalidité définie à l'art. 8 LPGA, est en principe identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité (ATF 126 V 288 consid. 2d ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 853/05 du 28 décembre 2006 consid. 4.1.1). Si le Tribunal fédéral a confirmé le caractère uniforme de la notion d'invalidité dans les différentes branches d'assurance, il a renoncé à la pratique consistant à accorder en principe plus d'importance à l'évaluation effectuée par l'un des assureurs sociaux, indépendamment des instruments dont il dispose pour instruire le cas et de l'usage qu'il en a fait dans un cas concret. Certes, il faut éviter que des assureurs procèdent à des évaluations divergentes dans un même cas. Mais même si un assureur ne peut en aucune manière se contenter de reprendre, sans plus ample examen, le taux d'invalidité fixé par un autre assureur, une évaluation entérinée par une décision entrée en force ne peut pas rester simplement ignorée. Toutefois, il convient de s'écarter d'une telle évaluation lorsqu'elle repose sur une erreur de droit ou sur une appréciation insoutenable ou encore lorsqu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec l'assuré. A ces motifs de divergence, il faut ajouter des mesures d'instruction extrêmement limitées et superficielles, ainsi qu'une évaluation pas du tout convaincante ou entachée d'inobjectivité. Enfin, un assureur social ne saurait être contraint, par le biais des règles de coordination de l'évaluation de l'invalidité, de répondre de risques qu'il n'assure pas, notamment, pour un assureur-accidents, une invalidité d'origine malade non-professionnelle. Ainsi que le Tribunal fédéral des assurances l'a déclaré à maintes reprises, la notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité. Dans ces trois domaines, elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé assurée, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entre en ligne de compte pour l'assuré. L'invalidité est désormais définie à l'art. 8 al. 1 LPGA. En raison de l'uniformité de la notion d'invalidité, il convient d'éviter que pour une même atteinte à la santé, assurance-accidents, assurance militaire et assurance-invalidité n'aboutissent à des appréciations divergentes quant au taux d'invalidité. Cela n'a cependant pas pour conséquence de les libérer de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité. En aucune manière un assureur ne peut se contenter de reprendre simplement et sans plus ample examen le taux d'invalidité fixé par l'autre assureur, car un effet obligatoire aussi étendu ne se justifierait pas (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 323/04 du 30 août 2005 consid. 4.1). On rappellera en outre qu'à l'inverse de l'assurance-invalidité, la responsabilité de l'assureur-accidents se limite aux seules atteintes à la santé qui se trouvent en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'événement accidentel

assuré, ce qui explique que les degrés d'invalidité auxquels aboutissent ces deux assureurs sociaux divergent parfois, s'agissant d'un même assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 336/01 du 25 octobre 2002 consid. 2). De plus, pour que l'assurance-invalidité soit liée par l'évaluation de l'assurance-accidents, il faut que celle-ci ait fait l'objet d'une décision passée en force. Tel est le cas si l'entrée en force de la décision de l'assurance-accidents est postérieure à la décision attaquée de l'assurance-invalidité, mais qu'elle est intervenue au cours de la procédure de recours (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 406/01 du 28 novembre 2002 consid. 1.2). Ces principes valent également lorsqu'à l'inverse, la décision de l'assurance-accidents est postérieure à celle de l'assurance-invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 259/00 du 16 mars 2001 consid. 5b).

7. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou d'autres spécialistes doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 762/02 du 6 mai 2003 consid. 2.2).

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 LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3; ATF 122 V 157 consid. 1c). Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d).

c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, 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).

d) S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2).

8. L'art. 16 LPGA prévoit que, 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. Il s'agit là de la méthode dite de comparaison des revenus, qu'il convient d'appliquer aux assurés exerçant une activité lucrative (ATF 128 V 29 consid. 1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 128 V 174 consid. 4a).

Le revenu sans invalidité se détermine pour sa part en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'intéressé aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 428/06 du 25 mai 2007 consid. 7.3.3.1).

Pour déterminer le revenu d'invalidité de l'assuré, il faut en l'absence d'un revenu effectivement réalisé se référer aux données salariales, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires publiées par l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 75 consid. 3b). Il y a lieu de procéder à une réduction des salaires statistiques lorsqu'il résulte de l'ensemble des circonstances personnelles et

professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité ou catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) que le revenu que pourrait toucher l'assuré en mettant en valeur sa capacité résiduelle de travail est inférieur à la moyenne. La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) (arrêt du Tribunal fédéral 9C_259/2007 du 8 mai 2008 consid. 4.1). Un abattement global maximal de 25 % permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3).

9. Pour calculer le degré d'invalidité du recourant, l'intimé a tenu compte d'une capacité de travail totale dans une activité adaptée.

En premier lieu, la chambre de céans relève que l'intimé n'a pas indiqué dans sa décision à quelles limitations fonctionnelles l'activité exigible devait être adaptée. Son représentant a toutefois précisé dans sa réponse du 26 mai 2015 qu'il n'y avait pas lieu de s'écarter des conclusions de la SUVA, de sorte qu'on peut comprendre que l'intimé a fait sienne l'appréciation par l'assurance-accidents de la capacité résiduelle de travail du recourant.

La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu, garanti à l'art. 29 de la Constitution fédérale (Cst - RS 101), celui d'obtenir une décision motivée. Conformément à ce principe, l'autorité doit indiquer dans son prononcé les motifs qui la conduisent à sa décision (ATF 123 I 31 consid 2c; arrêt du Tribunal fédéral 8C_954/2008 du 29 mai 2009 consid. 3.1). Le destinataire de la décision et toute personne intéressée doit pouvoir la comprendre et l'attaquer utilement en connaissance de cause s'il y a lieu, et l'instance de recours doit pouvoir exercer pleinement son contrôle si elle est saisie (ATF 139 V 496 consid. 5.1). La violation du droit d'être entendu – pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière – est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen. Au demeurant, la réparation d'un vice éventuel ne doit avoir lieu qu'exceptionnellement (ATF 124 V 180 consid. 4a).

En l'espèce, si on peut regretter le manque de motivation de la décision de l'intimé, force est d'admettre qu'une éventuelle violation du droit d'être entendu a été réparée par les précisions fournies par l'intimé durant la procédure devant la chambre de céans.

Il convient ensuite d'examiner si au plan physique, le recourant présente une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Les médecins de la CRR l'ont implicitement admis – le taux d'activité de 100 % ayant été confirmé par le Dr I_____ dans son avis du 18 mars 2014 – dans un rapport qui satisfait entièrement aux exigences jurisprudentielles exposées ci-dessus. Ledit rapport

contient en effet une anamnèse, relate les plaintes du recourant, se fonde sur des examens cliniques poussés, complétés par plusieurs consultations spécialisées, et pose des diagnostics clairs. Les conclusions des Drs J_____ et K_____ ne présentent en outre aucune contradiction. Il y a donc lieu de reconnaître une pleine valeur probante aux conclusions de ces médecins, selon lesquelles le recourant présente une pleine capacité de travail dans une activité respectant les limitations fonctionnelles qu'ils ont définies.

Il n'existe du reste pas de rapport émanant d'un autre médecin qui justifierait que l'on s'écarte des conclusions des Drs J_____ et K_____. En décembre 2013, le Dr D_____ faisait état de limitations fonctionnelles largement superposables à celles retenues par les médecins de la CRR au plan physique. Le médecin traitant n'a d'ailleurs pas exclu d'activité adaptée, se contentant de signaler qu'il n'était pas en mesure de se prononcer sur ce point. Par ailleurs, le Dr E_____ semblait également considérer qu'une reprise du travail était envisageable – moyennant un sevrage médicamenteux.

Les déclarations du recourant ne permettent pas non plus de parvenir à une autre appréciation. S'il a annoncé des difficultés, notamment pour gravir des escaliers, il a également déclaré que les douleurs dorsales n'étaient pas très fortes mais le contraignaient à changer de position fréquemment. Or, il s'agit là d'une limitation prise en compte par les Drs J_____ et K_____, puisqu'ils ont proscrit le maintien prolongé de positions.

Compte tenu de ce qui précède, la chambre de céans se ralliera aux conclusions de l'intimé, s'agissant de la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée du point de vue physique.

S'agissant des éventuels troubles psychiques du recourant, la chambre de céans souligne ce qui suit.

La Suva n'a pas tenu compte d'un quelconque trouble psychique dans sa décision mettant un terme aux prestations dues au recourant. On rappellera toutefois que l'assurance-accidents répond uniquement des conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité adéquate avec l'accident (ATF 129 V 177 consid. 3.2; arrêt du Tribunal fédéral 8C_628/2007 du 22 octobre 2008 consid. 5.1). En cas d'accident de gravité moyenne, comme en l'espèce, la jurisprudence a développé les critères exhaustifs suivants pour admettre l'existence du lien de causalité entre l'accident et la survenance de troubles psychiques, qu'il convient de prendre en considération au regard des seuls aspects physiques:

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;
- la gravité ou la nature particulière des lésions. Il faut une gravité particulière du tableau clinique typique ou des circonstances particulières de nature à influencer la symptomatologie douloureuse ;

- la durée anormalement longue du traitement médical, qui ne saurait plus être examinée uniquement en fonction de la durée dudit traitement, mais sur l'existence de traitements continus spécifiques et lourds ;
- les douleurs persistantes, qui doivent être importantes, sans interruption et crédibles en regard de l'atteinte qu'elles occasionnent sur la vie de tous les jours ;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ;
- les difficultés et complications importantes apparues au cours de la guérison;
- le degré et la durée de l'incapacité de travail.

Il n'est pas nécessaire que soient réunis dans chaque cas tous ces critères à la fois. Suivant les circonstances, un seul d'entre eux peut être suffisant pour admettre l'existence d'une relation de causalité adéquate. Il en est ainsi lorsque l'accident apparaît comme l'un des plus graves de la catégorie intermédiaire ou que l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Un seul critère peut en outre suffire lorsqu'il revêt une importance particulière, par exemple dans le cas où l'incapacité de travail est particulièrement longue en raison de complications apparues au cours de la guérison. Lorsque, en revanche, aucun critère ne revêt à lui seul une importance particulière ou décisive, il convient de se fonder sur plusieurs critères. Cela d'autant plus que l'accident est de moindre gravité. Ainsi lorsqu'un accident de gravité moyenne se trouve à la limite de la catégorie des accidents peu graves, les autres circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité puisse être admis (ATF 117 V 369 consid. 4c ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 201/05 du 4 mai 2006 consid. 5.1).

En l'espèce, il est patent que les critères précités ne sont pas réalisés, ce qui suffit à dégager la responsabilité de la SUVA dans la prise en charge des conséquences d'un éventuel trouble psychique. Tel n'est cependant pas le cas de l'intimé, qui répond tant des atteintes psychiques malades que de celles entraînées par un événement traumatique.

En ce qui concerne l'état psychique du recourant, le Dr L_____ a exclu l'existence d'un trouble psychique lors du consilium organisé à la CRR. Au plan formel, son rapport n'est cependant pas entièrement conforme aux réquisits jurisprudentiels en matière de rapports médicaux dès lors qu'il ne contient pas tous les éléments nécessaires selon la jurisprudence. De plus, le rapport de ce psychiatre remonte au 26 décembre 2013. Il a donc été établi près de 16 mois avant que la décision de l'intimé ne soit rendue. Ainsi, même s'il fallait admettre le caractère probant du rapport du Dr L_____, on ne peut exclure que le recourant ait connu une aggravation de son état psychique durant ce laps de temps, que tend à démontrer l'attestation de sa psychologue. Certes, ni ce document ni le rapport du Dr Q_____ ne revêtent de valeur probante, eu égard notamment à l'absence de conclusions

motivées. Cependant, au vu de leur contenu, on ne peut exclure sans autre mesure d'instruction que le recourant présentait à la date de la décision litigieuse des atteintes psychiques entraînant des répercussions sur sa capacité de travail, étant souligné que la légalité des décisions attaquées s'examine, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision administrative litigieuse a été rendue (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1).

Selon la jurisprudence, les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'assurance ne se révèlent pas probantes. Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise demeure possible, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas instruit du tout un point médical (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Tel est le cas en l'espèce. L'intimé n'ayant pas du tout instruit la problématique psychique, il y a lieu de lui renvoyer la cause pour instruction complémentaire sur ce point et nouvelle décision.

Par économie de procédure, la chambre de céans examinera d'ores et déjà le grief du recourant ayant trait au revenu sans invalidité.

L'intimé s'est référé au revenu statistique dans une activité de plâtrier-peintre. Le recourant fait valoir qu'il aurait réalisé un revenu de CHF 6'350.- dans sa dernière activité en qualité de gérant de la société F_____ Sàrl, ce qui correspondrait à un salaire annuel de CHF 76'200.- en tenant compte de 12 mensualités. Si les fiches de salaire versées au dossier de la SUVA affichent en effet un revenu de cet ordre, il faut relever que les montants déclarés à l'AVS sont largement inférieurs. L'art. 25 al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité [RAI - RS 831.201]) prévoit qu'à l'exception des prestations, éléments de salaire et indemnités mentionnées aux let. a à c de cette disposition, le revenu annuel présumable est celui sur lequel des cotisations ont été versées. Un parallèle est ainsi établi entre le revenu soumis à cotisation de l'assurance-vieillesse et survivants et le revenu à prendre en considération pour l'évaluation de l'invalidité. Ce parallèle n'a toutefois pas une portée absolue, et la jurisprudence admet des rectificatifs, par exemple lorsqu'il y a eu une variation extraordinaire du revenu (SVR 1999 IV n° 24 p. 71). En l'espèce, compte tenu des discrécances entre les fiches de salaire et le revenu déclaré à l'AVS, le salaire sans invalidité ne peut être déterminé avec précision. C'est ainsi à juste titre que l'intimé s'est référé aux revenus statistiques pour fixer le revenu avant invalidité. En revanche, il lui appartiendra dans son nouveau calcul de tenir compte de l'indexation du revenu sans invalidité non pas jusqu'en 2012 seulement, mais jusqu'à la date dès laquelle une activité adaptée est cas échéant exigible.

Sur ce dernier point, la chambre de céans ajoutera, dans l'hypothèse où les mesures d'instruction qui seront entreprises par l'intimé révéleraient que le recourant ne présente pas de trouble psychique influençant sa capacité de travail, qu'on ignore sur quels éléments se fonde l'intimé pour retenir qu'une activité adaptée était possible dès octobre 2013. Ce n'est en effet qu'en janvier 2014 que l'activité

adaptée a pour la première fois été définie, les médecins de la CRR ayant toutefois souligné que l'état du recourant n'était pas tout à fait stabilisé à cette date. Or, la jurisprudence a retenu dans des cas similaires que tant que l'état de santé de l'assuré n'est pas stabilisé, l'examen porte sur la capacité de travail dans l'activité habituelle, et qu'il doit porter sur la capacité de travail exigible dans une activité adaptée depuis sa stabilisation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_881/2010 du 23 août 2011 consid. 3.2 ; ATAS/56/2016 du 27 janvier 2016 consid. 10). Il appartiendra ainsi à l'intimé de déterminer dans la décision à intervenir la date d'exigibilité de l'activité adaptée en fonction de la jurisprudence précitée, en tenant notamment compte des rapports de la CRR et du Dr I_____.

10. Eu égard à ce qui précède, le recours est partiellement admis.

Le recourant a droit à des dépens, qui seront fixés à CHF 2'000.- (art. 61 let. g LPGA).

La procédure en matière d'assurance-invalidité n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1^{bis} LAI), il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 500.-.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement
3. Annule la décision du 25 mars 2015.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.
5. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de dépens de CHF 2'000.-
6. Met un émolument de CHF 500.- à la charge de l'intimé.
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

Le président

Florence SCHMUTZ

Mario-Dominique TORELLO

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le