RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1331/2022 **ATAS/287/2023**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 2 mai 2023

2ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à PLAN-LES-OUATES, représenté par ASSUAS Association suisse des assurés	recourant
contre	
OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE	intimé

Siégeant : Blaise PAGAN, Président; Maria Esther SPEDALIERO et Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Le 24 juin 2019, Monsieur A_____ (ci-après: l'assuré, l'intéressé ou le recourant), né en 1977, en attente d'une décision au sujet d'une autorisation de séjour – qu'il a obtenue en 2021 –, marié et père de trois enfants nés en 1996, 1998 et 2001, tous domiciliés à la même adresse que lui dans le canton de Genève, était employé au taux de 100%, soit 40 heures par semaine, en qualité d'installateur – ou monteur – en chauffage, auprès d'une société à responsabilité limitée (ci-après: l'employeur), qui était sise à la même adresse que lui-même depuis janvier 2019 mais dont les associés étaient des tiers, le "patron" (associé gérant) étant son beau-père.

b. Le 24 juin 2019, l'assuré a fait l'objet d'une "déclaration de sinistre LAA" de la part de l'employeur, en raison d'une fracture au dos à la suite d'un accident survenu le même jour et consistant en ce qui suit : "en travaillant sur son échelle au rez-de-chaussée, lui-même a basculé par-dessus d'[une gaine] de ventilation et tombé au sous-sol [environ] 5 à 6 mètres plus bas".

Cet accident professionnel a été pris en charge par l'assureur-accidents compétent, à savoir la SUVA Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: la SUVA ou la caisse) avec l'octroi de prestations d'assurance (frais de traitement et indemnités journalières).

c. Le 3 juillet 2019, le service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après: HUG) a attesté une incapacité de travail de 100% du 24 juin au 11 août 2019, à réévaluer, pour cause d'accident.

Il ressort de rapports de ce service des HUG des 2, 3, 17 et 19 juillet 2019 que l'assuré, "en bonne santé habituelle", a été opéré en chirurgie le 27 juin 2019, avec notamment une spondylodèse postérieure de D11 à L3 et reconstruction antérieure par SpineJack, en raison d'une "fracture vertébrale instable". Le 19 juillet 2019 était posé le diagnostic de "fracture de D12-L1 type B2 selon l'AO N0, M0) avec composante A4 de L1 le 27.06.2019". À teneur du rapport du 17 juillet 2019, les suites opératoires étaient favorables. Le 16 août 2019, ledit service a prescrit des mesures physiothérapeutiques. Le 1er octobre 2019, il a constaté une évolution radioclinique favorable, sans besoin régulier d'antidouleur mais avec une douleur restant en regard de la côte 12 du côté gauche qui empêchait le patient de se tenir debout plus de 2 heures, prescrivant en outre une continuation de la physiothérapie de renforcement et un arrêt de travail supplémentaire d'un mois avec une reprise du travail à 50% par la suite.

En parallèle, le département diagnostique des HUG, avec en particulier des radiologues, a, les 24 juin, 2 et 12 juillet et 25 septembre 2019, effectué une description aux plans statique et morphologique.

Depuis le 12 août 2019, le docteur B_____, médecin praticien FMH, a régulièrement certifié des incapacités totales de travail pour cause d'accident.

À compter du 1er décembre 2019, des incapacités totales de travail ont régulièrement, mois par mois, été attestées par le docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

d. Selon une attestation du Dr C_____ du 3 février 2020, reçue le 6 février suivant par la caisse, l'intéressé continuait à recevoir des soins de physiothérapie et de médicaments, souffrait et était encore très raide; l'évolution était encore improbable et surtout la reprise de travail dans son ancien métier restait encore à définir.

Le 3 février 2020 également, le service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG, par le docteur D_____, a relevé une évolution fonctionnelle et des douleurs mitigées, avec une amélioration des douleurs au niveau dorsal (site opératoire) mais une péjoration des douleurs au niveau lombaire bas avec une irradiation sur les crêtes iliaques. Le renforcement à sec et en piscine devait être continué et un arrêt de travail à 100% était maintenu pour le mois de février 2020.

e. Par appréciation médicale du 5 février 2020, le docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement de la SUVA, a cité entre autres une note de "suite" du 8 janvier 2020 du Dr D_____, médecin adjoint au service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG, et a posé les diagnostics de fracture B2 de L1, de petite fracture de D12 type B2 également, sans trouble neurologique, ainsi que de status post-ostéosynthèse T11-L3. Il a, à la question de savoir si, au vu des éléments médicaux, l'incapacité de travail était toujours justifiée pour les seules suites de l'accident, répondu: "La réponse est non à 100%. Peut-être à 50%. Justifié par le Dr D_____".

f. Le 6 février 2020, le Dr B_____ a diagnostiqué une "fracture D12-L1, lésion ligamentaire", a indiqué un pronostic moyen, des consultations une à deux fois par mois pour une durée indéfinie, une reprise de travail prévue le 1er mars 2020, et a répondu positivement aux questions de savoir si la SUVA devait intervenir auprès de l'entreprise pour l'attribution d'un travail approprié et s'il fallait s'attendre à ce qu'un dommage demeure.

g. Le 7 février 2020, le médecin d'arrondissement de la caisse a maintenu ses réponses.

h. Le 13 mars 2020, l'assuré a été examiné par le Dr E_____, qui, dans son rapport du 18 mars suivant, a émis des constatations et a évoqué les questions de l'exigibilité de son métier habituel de plombier chauffagiste et la nécessité d'une évaluation fonctionnelle de ses capacités.

i. Lors d'un entretien téléphonique du 28 avril 2020 avec un gestionnaire de la SUVA, l'intéressé a décrit sa situation et son état de santé actuels.

j. Le 5 mai 2020, le service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG a noté l'absence de progression au niveau fonctionnel ainsi que de diminution des douleurs, malgré un patient qui était très compliant et compréhensif, et a préconisé un séjour à la Clinique romande de réadaptation à Sion (ci-après: CRR).

B. **a.** Par demande déposée le 14 mai 2020, l'assuré a sollicité de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après: OAI, l'office ou l'intimé) des prestations de l'assurance-invalidité (ci-après: AI), mesures professionnelles et/ou rente, en raison de l'atteinte à la colonne vertébrale à la suite de l'accident du 24 juin 2019, et avec la mention d'une incapacité de travail à 100% à partir de cette date.

b. Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'office a, le 29 mai 2020, recueilli le dossier de la SUVA, ainsi que divers renseignements aux plans professionnel et médical.

Le 4 juin 2020, le service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG a énoncé le "diagnostic principal" de "dorsalgie de la région dorso-lombaire conflit avec matériel de spondylodèse (13/05/2020)" et a écrit que l'assuré semblait souffrir actuellement de douleurs liées à la présence du matériel mais pas seulement compte tenu de la présence de douleurs mécaniques lombaires.

Selon un rapport du 9 juin 2020 du Dr C_____, le patient restait en arrêt de travail, malgré une évolution objectivement favorable, la récupération d'une mobilité satisfaisante et une rééducation, et ne pouvait pas reprendre le travail, à cause des douleurs et d'une angoisse depuis le COVID-19 (pandémie depuis laquelle il y avait une régression). Les diagnostics étaient une "fracture vertébrale, ostéodynthèse" (sic) et éventuellement un syndrome de stress post-traumatique, tous avec répercussion sur sa capacité de travail. Le traitement consistait en de la physiothérapie selon le protocole des HUG, de même qu'en des antalgiques et anti-inflammatoires. La douleur et la compliance médiocre ne permettaient pas de déterminer les restrictions fonctionnelles, que le Dr C_____ a toutefois décrites plus bas de la manière suivante: "activité à mobilité réduite, alternance de position, petits déplacements, pas de port de charge, pas d'agenouillement, pas de torsion du tronc, pas de montée-descente des escaliers".

Selon un "rapport d'évaluation IP" établi le 28 juillet 2020 faisant suite à un entretien téléphonique du même jour, la division réadaptation professionnelle de l'OAI a noté entre autres une scolarité obligatoire dans le pays d'origine de l'assuré – qui était arrivé en Suisse en 2008 – ainsi que l'absence de formation certifiée, puis, sous proposition: "L'expression et la compréhension du français sont

maîtrisées, par contre l'écrit laisse à désirer. Notre assuré ne souhaite pas actuellement bénéficier d'un cours de français".

Le 29 juillet 2020, l'employeur a complété le questionnaire "réadaptation", avec notamment la description de l'activité de l'intéressé à son service.

Après un rapport de suivi clinique du 6 juillet 2020 et un rapport de consultation préopératoire du 22 juillet 2020, à teneur de rapports des 1er et 4 septembre 2020 du service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG, l'assuré a, le 1er septembre 2020, fait l'objet d'une ablation du matériel de spondylodèse (qui le gênait). D'après un rapport du 16 septembre 2020, des mesures physiothérapeutiques, dans le cadre du "protocole rachis-hanche", ont été prévues.

Le 4 décembre 2020 a eu lieu un entretien téléphonique entre la division réadaptation professionnelle de l'OAI et l'assuré, lors duquel ce dernier a réitéré son refus de suivre un cours de français, au motif, selon la note écrite de ladite division, d'une éventuelle reprise d'activité dans le courant du mois de janvier ou février 2021.

c. Du 15 décembre 2020 au 20 janvier 2021, l'assuré a, à la demande de la SUVA, séjourné, en vue d'une rééducation et d'une évaluation professionnelle, au service de réadaptation de l'appareil locomoteur de la CRR, séjour durant lequel, notamment, il a été pris en charge dans des ateliers professionnels sur des durées allant jusqu'à 4 heures consécutives, pour des activités très légères.

Selon le rapport – de synthèse – de la CRR du 25 janvier 2021, le diagnostic principal était : "24.06.2019: fracture D11 et D12 stable (type A1) et fracture instable L1 avec atteinte ligamentaire D12-L1 = type B1 selon l'AO (CT et IRM)"; les diagnostics secondaires : "abcès dentaire [gauche] au décours avec indication à extraction dentaire à la suite d'une évaluation maxillo-faciale", et "31.12.2020: discopathie D12-L1 avec complexe disco-ostéophytaire postérieur responsable d'un rétrécissement canalaire discret. Bombement discal plus marqué à droite en L4-L5 en contact avec la racine L5 descendante droite (IRM)". Les plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquaient principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour (selon les diagnostics); des facteurs contextuels pourraient influencer négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par le patient, notamment une kinésiophobie légère, un catastrophisme élevé et une perception du handicap fonctionnel moyenne chez un patient centré sur la douleur, avec quelques traits anxio-dépressifs. L'évolution subjective et objective était clairement favorable, la participation de l'intéressé aux thérapies avait été considérée comme bonne et aucune incohérence n'avait été relevée. Etaient retenues "les limitations fonctionnelles provisoires pour le rachis suivantes": les activités en porte-à-faux et avec besoin de flexions répétitives du tronc, les stations prolongées debout ou assis statique, les ports de charges lourdes répétitifs de plus de 15-20 kg. La situation n'était pas stabilisée du point de vue

médical et des aptitudes fonctionnelles. Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité de monteur chauffagiste à 100% était actuellement encore défavorable, mais, à la demande de l'intéressé, une tentative de reprise à 50% pourrait être réalisée fin janvier - début février 2021. Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée (respectant les limitations fonctionnelles) était favorable. Il y avait une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle du 15 décembre 2020 au 27 janvier 2021, puis à réévaluer. Une consultation à la CRR était prévue pour le 20 avril 2021.

Etaient en outre, entre autres, établis un rapport sur les ateliers professionnels auxquels l'intéressé avait participé et une "évaluation des capacités fonctionnelles (version courte)" réalisée par une physiothérapeute diplômée, qui retenait notamment une réelle volonté de l'assuré de donner le maximum aux tests, un niveau de cohérence élevé, une bonne connaissance des techniques de travail ergonomique ainsi que "des frottements/soutiens de la région douloureuse (dorsolombaire)" et "des plaintes fréquentes d'une douleur dorsolombaire".

Des IRM de la colonne dorsale et de la colonne lombaire avaient été effectuées le 31 décembre 2020 par le Centre hospitalier du Valais romand.

d. Au plan professionnel, le 22 février 2021, l'office a communiqué à l'intéressé, en vue du "maintien au poste de travail", qu'il prenait en charge les coûts d'un conseil d'accompagnement concernant le maintien de son emploi en tant qu'intervention précoce, avec un suivi par Monsieur F_____ du 22 février au 31 mai 2021.

Lors d'un entretien téléphonique du 19 février 2021 avec la SUVA (selon une note du même jour), l'assuré a confirmé avoir repris son activité habituelle à 50%, soit tous les matins de la semaine, depuis le 2 février 2021. Dans ce cadre, il réalisait les tâches liées à sa profession, mais évitait le port de charges de plus de 10 kg. Il ressentait encore des difficultés pour la montée des escaliers de manière répétée; en fin de journée, les douleurs lombaires étaient plus présentes, notamment en raison des efforts effectués durant le travail.

Dans un "rapport MOP" et un "rapport de clôture IP en vue de DDP" signés le 7 avril 2021 par M. F_____, la division réadaptation professionnelle de l'OAI a examiné la situation et a proposé, afin de s'assurer d'un risque de rechute pour un assuré victime d'un grave accident et travaillant avec des charges lourdes, la mise en place d'un suivi de reprise dans le cadre d'une mesure de placement pendant trois mois dès le 1er avril 2021.

Par téléphone du 19 avril 2021, l'intéressé a confirmé à la division réadaptation professionnelle de l'OAI avoir repris son activité habituelle au taux de 100% le 1er avril 2021, devant actuellement faire une pause de 15 minutes toutes les une à 2 heures.

e. Le 25 mars 2021, le Dr C_____ a attesté une capacité de travail de 50% dès le 1er avril 2021 et prévue à 100% à partir du 1er mai 2021, toujours pour accident.

Ce médecin a ensuite, le 5 mai 2021, attesté une capacité de travail nulle du 24 au 30 avril 2021 puis du 1er au 31 mai 2021, une capacité de travail à 100% étant à nouveau prévue à compter du 1er juin 2021.

f. Le 20 avril 2021, la CRR a établi un certificat d'incapacité de travail à 100% pour le même jour puis pour une longue durée dans l'activité de monteur chauffagiste, conclusions que la CRR a expliquées dans un rapport du 27 avril 2021.

g. En parallèle, le 13 avril 2021 a eu lieu un entretien téléphonique entre le gestionnaire de la SUVA et l'assuré, dont ressortaient des douleurs au travail apparaissant très rapidement et l'empêchant de pouvoir travailler avec un rendement complet, les lourdes tâches n'étant en outre plus possibles, et le 26 mai 2021 a eu lieu un entretien dans les bureaux de l'employeur, concernant la reprise d'activité, l'état de santé actuel et une activité adaptée.

h. Les 31 mai et 28 juillet 2021, M. F_____, de la division réadaptation professionnelle de l'office, a eu des entretiens téléphoniques avec le gestionnaire de la caisse.

i. Selon une note téléphonique de la SUVA du 25 juin 2021, c'était selon toute vraisemblance par erreur que le Dr C_____ avait attesté le 10 juin 2021 une capacité de travail de 50% pour le mois de juin 2021, alors que l'assuré avait, selon ses dires, repris depuis le 1er juin 2021 son activité habituelle tout en évitant les manipulations de lourdes charges et positions inconfortables.

À la suite d'un examen de l'assuré le 21 juillet 2021, le Dr E_____, médecin d'arrondissement de la caisse, a établi une évaluation le même jour. Selon le médecin d'arrondissement, le cas était stabilisé. Les limitations fonctionnelles émises par la CRR étaient admises. Compte tenu de ces limitations, il était extrêmement difficile de se projeter dans une reprise à 100%, sauf si elle faisait l'objet d'un aménagement au sein de l'entreprise. Dans un autre document, établi le 22 juillet 2021, le médecin d'arrondissement a exposé retenir une atteinte à l'intégrité de 10%.

j. Entretemps, le 14 juin 2021, le service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG a, à la suite d'une consultation et d'une "radiographie EOS" ayant eu lieu le 26 mai 2021, posé le diagnostic principal de "déformation acquise de la colonne vertébrale post-traumatique D12-L1 avec 18° de cyphose segmentaire (26.05.2021)", avec une comorbidité consistant en une "inégalité congénitale des membres inférieurs en défaveur de la droite de 5 mm (27.01.2021)". Une partie des douleurs mécaniques présentées par le patient étaient vraisemblablement dues à la déformation résiduelle post-traumatique et aux mécanismes de compensation qu'elle engendrait; pour cette dernière, un traitement chirurgical par XLIF afin de corriger cette déformation serait envisageable, mais l'intéressé ne le souhaitait pas pour l'instant. L'autre possibilité, en cas de douleurs lombaires basses, consisterait en des infiltrations

facettaires ou interépineuses, mais, en raison de la localisation des douleurs plutôt thoracolombaire actuellement, ce geste n'était pas proposé au patient pour le moment.

k. Il ressort d'un entretien du 3 août 2021 entre le gestionnaire de la SUVA et l'assuré que celui-ci ne travaillait en fait que les cinq matins de la semaine de 7h30 à 11h30 et en respectant des limitations fonctionnelles et avec des pauses. D'après l'intéressé, une augmentation du taux de travail au-delà de 50% était peu probable, malgré sa persévérance, car ce taux constituait le maximum de sa capacité.

l. Par "appréciation médicale" du 5 août 2021, le Dr E_____ a conclu que le métier habituel de plombier-chauffagiste n'était plus exigible, mais une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles retenues par la CRR, c'est-à-dire les activités en porte-à-faux avec besoin de flexions répétitives du tronc, les stations prolongées debout et assis statiques, les ports de charges lourdes répétitifs de plus de 15-20 kg, et, en complément, les actions de rotation du tronc, bassin fixé, était exigible à 100%, sans perte de rendement.

m. Par lettre du 5 août 2021 également, compte tenu du fait que selon le médecin d'arrondissement il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement une amélioration notable des suites accidentelles, la caisse a fait part à l'intéressé de ce qu'il serait mis fin à la prise en charge du traitement médicamenteux, avec néanmoins une consultation par année à la CRR en 2021 et 2022 prise en charge, le traitement de physiothérapie étant quant à lui superflu car non souhaité, et de ce que l'indemnité journalière serait allouée jusqu'au 31 octobre 2021 sur la base d'une incapacité de travail de 50%.

Par décision du 12 novembre 2021 – contre laquelle l'intéressé n'a pas formé opposition –, la SUVA a reconnu à l'assuré, à compter du 1er novembre 2021, une rente d'invalidité de 13% (taux arrondi par rapport à 12.87%) fondée sur une incapacité de gain du même degré et résultant de la comparaison entre le gain de CHF 78'864.- qui serait obtenu sans l'accident et le salaire – avec invalidité – de CHF 68'717.- selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après: ESS) pour un niveau de compétences 1, avec une capacité d'exercer en plein une activité respectant les limitations fonctionnelles en dépit des séquelles de l'accident, ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) de 10%.

n. Dans une "note de travail MOP" du 4 février 2022 et un "rapport final – MOP" du 9 février 2022, M. F_____, de la division réadaptation professionnelle de l'office, a fait sien le taux d'invalidité de 13% retenu par la caisse et a clôturé son mandat. Dans le document "détermination du degré d'invalidité" du 9 février 2022 également, il est parvenu, pour 2022 et après indexations, à un revenu annuel brut avec invalidité – sur la base de l'ESS 2018 – de CHF 68'906.- et à un revenu annuel sans invalidité pour un plein temps de CHF 78'864.-, d'où une perte de gain de CHF 9'958.- correspondant à 12.63%

o. Par projet de décision du 10 février 2022, l'OAI a envisagé le rejet de la demande de prestations AI. Des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées, car elles ne seraient pas de nature à améliorer la capacité de gain de l'intéressé, dont le statut était celui d'une personne se consacrant à temps complet à son activité professionnelle.

Dans les motifs de ce projet de décision était noté que, depuis le 24 juin 2019 (début du délai d'attente d'un an), la capacité de travail de l'assuré était considérablement restreinte. D'après les éléments médicaux ou professionnels recueillis et compte tenu des limitations fonctionnelles retenues, l'atteinte à la santé de l'intéressé avait entraîné une incapacité de travail depuis le 24 juin 2019, puis à 50% du 2 février au 20 avril 2021 et depuis le 1er juin 2021; bien que son activité habituelle n'était plus exigible, l'assuré continuait à exercer cette activité lucrative à un taux de 50%. Toutefois, dans une activité adaptée respectant strictement ses limitations fonctionnelles, sa capacité de travail médico-théorique raisonnablement exigible était de 100% sans baisse de rendement depuis octobre 2020 au moins (trois mois après l'ablation du matériel d'ostéosynthèse du 30 juillet 2020). L'intéressé avait été reçu par la division réadaptation professionnelle de l'office, qui avait mis en place des mesures de maintien au poste de travail. Les revenus avec et sans invalidité selon le document "détermination du degré d'invalidité" du 9 février 2022 étaient repris, d'où une perte de gain de 12.63%, arrondie à 13%, inférieure au taux minimal de 40% requis pour l'ouverture du droit à une rente. En l'absence d'une perte de gain de 20% environ, des mesures de reclassement professionnel ne pouvaient pas être octroyées. Partant, aucune invalidité durable ne pouvait être reconnue et le droit à des mesures professionnelles et/ou à une rente d'invalidité devait être refusé.

p. Le 7 mars 2022, l'assuré a formé opposition contre ce projet de décision, sollicitant une rente d'invalidité ou des mesures professionnelles, après s'être prévalu d'une situation financière difficile de lui-même et sa famille.

q. Par décision du 18 mars 2022, l'OAI a persisté dans les termes de son projet de décision.

C. **a.** Par acte du 29 avril 2022, l'assuré, désormais représenté par une association de défense des assurés, a interjeté recours auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après: la chambre des assurances sociales ou la chambre de céans) contre cette décision, concluant à son annulation et, cela fait, à la reconnaissance de son droit aux prestations de l'AI, en particulier une rente et des mesures professionnelles dont notamment une orientation professionnelle.

b. Le 30 mai 2022, le recourant a complété son recours, requérant en outre une expertise médicale orthopédique indépendante afin de définir sa capacité de travail et son rendement compte tenu de la déformation résiduelle post-traumatique.

Selon lui, sur le fond, les douleurs engendrées par les atteintes à la colonne vertébrale l'empêchaient d'avoir une capacité de travail avec un rendement de 100% comme estimé par l'intimé, c'est-à-dire qu'il présentait une capacité de travail médico-théorique non effective sur le marché primaire du travail.

Par ailleurs, l'instruction de l'office se confondait en tous points avec celle de la SUVA, et il n'avait procédé à aucune mesure d'instruction médicale, ni interpelé les médecins traitants, ni soumis les appréciations du Dr E_____ au service médical régional de l'AI (ci-après: SMR). Or l'instruction effectuée par la caisse était insuffisante, dans le sens où celle-ci ne tenait pas compte du rapport du 14 juin 2021 du service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG.

Enfin, et en conclusion, le recourant estimait que son état de santé n'était pas encore stabilisé, qu'il présentait de fortes douleurs en raison de la déformation résiduelle post-traumatique et que celles-ci affectaient sa capacité de gain.

c. Par réponse du 27 juin 2022, l'intimé a conclu au rejet du recours.

Selon lui, les investigations menées par la SUVA ne prêtaient pas le flanc à la critique.

d. Par réplique du 13 septembre 2022, le recourant a persisté dans les conclusions de son recours.

D'après lui, on peinait à comprendre quel employeur sur un marché économique privé engagerait un travailleur dans un emploi simple et répétitif présentant des restrictions physiques et nécessitant des pauses régulières équivalentes à 50 minutes par jour et à répartir sur l'ensemble des 8 heures de travail journalières, ainsi qu'un aménagement au sein de l'entreprise.

Selon un rapport établi le 16 août 2022 par le Dr C_____ en réponse à des questions de l'association mandataire, la capacité de travail de l'assuré était de 50% depuis le 1er juin 2021 dans son ancienne activité et dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles qu'étaient l'impossibilité de soulever et porter des charges, marcher pour des longs trajets, monter et descendre les escaliers, fléchir le tronc, s'accroupir. Compte tenu des restrictions et de l'impotence ressortant du rapport du 14 juin 2021 du service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG, seule une activité adaptée était envisageable, avec un rendement de 50%. À la question de savoir si la déformation – constatée par ledit service – pouvait encore évoluer, voire se péjorer, était répondu : "Il n'y a plus d'évolution envisageable". Toujours d'après le Dr C_____; compte tenu de l'évaluation détaillée de la CRR et sans s'opposer à une expertise, l'utilité d'une expertise médicale orthopédique n'était pas démontrée. S'agissant du pronostic, était indiqué : "Evolution stationnaire définitive".

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales 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-invalidité du 19 juin 1959 (LAI – RS 831.20).

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

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'AI, à moins que la loi n'y déroge expressément.

La modification du 21 juin 2019 de la LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2021. Elle est ainsi applicable, dès lors que le recours a été interjeté postérieurement à cette date (art. 82a LPGA a contrario).

3. Interjeté dans la forme et le délai - de trente jours et compte tenu des féries judiciaires - prévus par la loi, le recours est recevable (art. 38 al. 4 et 56 ss LPGA ainsi que 62 ss de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA-GE - E 5 10]).

4. L'objet du litige porte sur la question du droit ou non du recourant à des prestations de l'AI, rente et/ou mesures professionnelles.

De jurisprudence constante, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 132 V 215 consid. 3.1.1). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 130 V 130 consid. 2.1). Même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit cependant être pris en considération, dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date (cf. ATF 99 V 98 consid. 4 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_259/2018 du 25 juillet 2018 consid. 4.2).

5. Le 1er janvier 2022, sont entrées en vigueur les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705) ainsi que celles du 3 novembre 2021 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201; RO 2021 706).

En cas de changement de règles de droit, la législation applicable est celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières de droit transitoire (ATF 136 V 24 consid. 4.3 et la référence).

En l'occurrence, la décision querellée concerne un premier octroi de rente dont le droit serait né avant le 1er janvier 2022, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur ancienne teneur.

6.

6.1 Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon 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 le marché du travail équilibré qui entre en considération, 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 (al. 1, tel qu'en vigueur dès le 1er janvier 2021, la version antérieure indiquant "dans son domaine d'activité" plutôt que "qui entre en considération"). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2, en vigueur dès le 1er janvier 2008).

Aux termes de 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.

Conformément à l'art. 4 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (al. 1). L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (al. 2).

6.2 Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

6.3 En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente 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).

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un 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.

6.4 Aux termes de l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18ème anniversaire de l'assuré.

6.5 Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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. 8 al. 1 et art. 16 LPGA).

6.6 Aux termes de l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation – ou mesures professionnelles – pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b).

Le droit aux mesures de réadaptation n'est pas lié à l'exercice d'une activité lucrative préalable. Lors de la fixation de ces mesures, il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante (art. 8 al. 1bis LAI en vigueur dès le 1er janvier 2008). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital).

6.7

6.7.1 Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1). 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 (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_286/2020 du 6 août 2020 consid. 4 et la référence).

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 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). Il faut en outre que le médecin dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références).

6.7.2 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.

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement

fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise dans une procédure au sens de l'art. 44 LPGA, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères: s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 145 V 97 consid. 8.5 et les références; ATF 142 V 58 consid. 5.1 et les références; ATF 139 V 225 consid. 5.2 et les références; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, 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 même faibles 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 139 V 225 consid. 5.2 et les références; ATF 135 V 465 consid. 4).

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

7.

7.1 Sur le fond, le recourant se plaint que les douleurs engendrées par les atteintes à la colonne vertébrale l'empêcheraient d'avoir une capacité de travail avec un rendement de 100% comme estimé par l'intimé, et soutient qu'il présente une capacité de travail médico-théorique non effective sur le marché primaire du travail.

Il conteste donc les conclusions contenues dans la décision querellée selon lesquelles, dans une activité adaptée respectant strictement ses limitations fonctionnelles, sa capacité de travail médico-théorique raisonnablement exigible serait de 100% sans baisse de rendement depuis octobre 2020 au moins, soit trois mois après l'ablation du matériel d'ostéosynthèse du 30 juillet 2020, en réalité un ou deux mois après le 1er septembre 2020.

À l'appui de ce grief principal au fond, l'assuré reproche à l'office que l'instruction qu'il a effectuée se serait confondue en tous points avec celle accomplie par la SUVA et que l'OAI n'aurait procédé à aucune mesure d'instruction médicale, ni interpelé les médecins traitants, ni soumis les appréciations du Dr E_____ au SMR. Or, toujours de l'avis de l'intéressé, l'instruction effectuée par la caisse aurait été insuffisante, dans le sens où celle-ci n'aurait pas tenu compte du rapport du 14 juin 2021 du service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG.

7.2 Tout d'abord, comme admis tant par l'OAI que par la SUVA, depuis l'accident du 24 juin 2019, le recourant a été en incapacité de travail à 100% jusqu'au 1er février 2021, suivie dès le 2 février 2021 d'une reprise de travail tous les matins auprès de l'employeur, donc une capacité de travail de 50%, jusqu'au 19 avril 2021. Il s'est ensuite vu attester par la CRR une incapacité totale de travail pour le 20 avril 2021 puis pour une longue durée dans l'activité de monteur chauffagiste.

À cet égard, selon le rapport du la CRR du 27 avril 2021 faisant suite à la consultation du 20 avril précédent, la reprise par l'intéressé de son activité habituelle de monteur-chauffagiste au taux de 50% pendant environ trois mois s'est révélée très difficile et très douloureuse, en parallèle d'une physiothérapie que le patient jugeait aussi très douloureuse. Les tests fonctionnels comparatifs réalisés ledit 20 avril 2021 ne montraient aucune amélioration, mais même une péjoration sur certains d'entre eux. Ainsi, d'après la CRR, les douleurs lombaires persistaient et augmentaient avec l'activité; ce qui valait aussi pour les tests fonctionnels, avec une péjoration concernant certains d'entre eux.

Lors de l'entretien téléphonique du 13 avril 2021 entre le gestionnaire de la SUVA et l'assuré, ce dernier a indiqué avoir repris dès le 1er avril 2021 son activité d'installateur de chauffage sur un horaire complet (40 heures par semaine), mais il devait malheureusement constater qu'il n'avait plus la même énergie et capacité qu'auparavant; toutes les une ou deux heures, il devait faire une pause de 15 minutes afin de récupérer quelque peu, mais très rapidement les douleurs l'empêchaient de pouvoir travailler avec un rendement complet; il n'était plus en mesure d'effectuer les lourdes tâches liées à sa profession et devait faire souvent appel à des collègues pour l'aider; ses douleurs étaient plus fortes en cas de froid et d'humidité, la chaleur lui apportant un soulagement; selon lui, l'ablation du matériel de spondylodèse le 1er septembre 2020 n'avait pas amélioré sa situation et les suites post-opératoires avaient été défavorables.

D'après les explications fournies par le recourant le 26 mai 2021 lors de l'entretien avec le gestionnaire de la caisse, dans les bureaux de l'employeur, la nuit, il dormait relativement bien, car la position la plus confortable était celle allongée sur le dos; les postures les plus contraignantes étaient celles penchées en avant ou les bras au-dessus de la tête de façon prolongée ou répétitive; lorsqu'il restait plus de 45 minutes assis, il devait obligatoirement changer de posture et se mettre sur le côté afin de soulager son dos; dans son ancienne activité, le travail était presque toujours réalisé à deux et rarement seul; son beau-frère, patron de l'employeur, lui avait proposé de laisser tomber l'activité de chauffagiste et de s'occuper uniquement de la partie sanitaire car les tâches y étaient moins contraignantes, et à temps partiel; une tentative de reprise à temps partiel à partir du 1er juin 2021 dans l'activité d'installateur sanitaire était prévue; comme auparavant, il travaillerait en duo, et son collègue pourrait l'aider si nécessaire dans les tâches les plus physiques; il travaillerait tous les jours de la semaine, mais s'accorderait des pauses plus longues afin de pouvoir récupérer; une pleine reprise était d'ores et déjà exclue car cette profession nécessitait tout de même des postures contraignantes ainsi qu'une excellente condition physique.

Selon un entretien du 3 août 2021 entre le gestionnaire de la SUVA et l'assuré, celui-ci travaillait en fait chez l'employeur, seulement comme installateur sanitaire, uniquement les cinq matins de la semaine de 7h30 à 11h30 et en respectant des limitations fonctionnelles et avec des pauses; outre deux pauses d'une dizaine de minutes chaque matin, il pouvait manipuler au maximum et sur une courte distance des poids entre 15 et 20 kg (caisse à outils, marteau piqueur, etc.), ce que ses collègues faisaient par habitude à sa place; les postures penchées en avant ou avec les bras au-dessus de la tête étaient pénibles au-delà de 4 à 5 minutes (ce qui excluait notamment l'activité de soudure avec le chalumeau); par la suite, il était contraint de changer de position ou de se dégourdir le dos quelques instants; d'après l'intéressé, une augmentation du taux de travail au-delà de 50% était peu probable, malgré sa persévérance, car ce taux constituait le maximum de sa capacité.

Il ne ressort pas du dossier que l'assuré aurait eu des entretiens avec la division réadaptation professionnelle de l'office (M. F_____) autres qu'aux dates des 28 juillet et 4 décembre 2020, ladite division obtenant pour le reste ses renseignements de la part du gestionnaire de la SUVA. À teneur du "rapport final – MOP" du 9 février 2022, l'intéressé semblait alors encore continuer, depuis le 1er juin 2021, son travail auprès de l'employeur en qualité d'installateur sanitaire au taux de 50%; d'après le gestionnaire F_____, même si l'on pouvait comprendre les liens personnels qui avaient poussé le recourant à rester au sein de l'entreprise de son beau-frère à un poste demandant moins de port de charges, force était de constater que, sur la base de l'exigibilité fixée par la caisse, il pourrait mettre à profit une capacité de travail pleine et entière dans une activité

adaptée respectant les limitations fonctionnelles énoncées par la SUVA en-dehors du cadre familial de l'employeur.

En parallèle, la SUVA a versé à l'assuré des indemnités journalières sur la base d'une incapacité de travail de 100% du 24 juin 2019 au 1er février 2021, puis sur la base d'une incapacité de travail de 50% du 2 février au 19 avril 2021, de 100% du 20 avril au 31 mai 2021, enfin de 50% du 1er juin au 31 octobre 2021.

7.3 Pour ce qui est de l'activité habituelle, dans le questionnaire pour réadaptation rempli le 29 juillet 2020, l'employeur a décrit ainsi les exigences et charges physiques et intellectuelles auxquelles l'assuré était confronté dans son métier habituel (installateur en chauffage) : rarement assis; souvent marcher, rester debout et soulever ou porter des charges légères (de 0 à 10 kg), parfois des charges moyennes (de 10 à 25 kg), rarement des charges lourdes (plus de 25 kg); exigence de grandes concentration et attention et endurance; exigences moyennes en soin et faculté d'interprétation.

7.4 Cela étant, il est incontesté, pour la SUVA, l'intimé et le recourant lui-même, que le métier habituel de plombier-chauffagiste – monteur en chauffage – auprès de l'employeur n'est plus exigible et qu'une activité adaptée doit à tout le moins respecter les limitations fonctionnelles retenues par la CRR, c'est-à-dire les activités en porte-à-faux avec besoin de flexions répétitives du tronc, les stations prolongées debout et assis statiques, les ports de charges lourdes répétitifs de plus de 15-20 kg, et, en complément (selon le Dr E_____), les actions de rotation du tronc, bassin fixé.

Est en revanche litigieuse la question de savoir si, comme le retiennent la SUVA et l'OAI, la capacité de travail de l'intéressé dans une telle activité adaptée est exigible à 100%, sans perte de rendement, ou, si, comme le soutient le recourant, son degré de capacité de travail s'élève à 50% dans une telle activité.

7.4.1 À cet égard, il sied de relever d'emblée que la question de savoir si l'activité d'installateur sanitaire que l'assuré a exercée à 50% auprès de l'employeur à partir du 1er juin 2021 respectait ou non lesdites limitations fonctionnelles n'apparaît pas avoir été clarifiée dans le cadre de l'instruction de la cause par la SUVA et l'intimé, ce qui est problématique.

7.4.2 Aucune conclusion à long terme quant à la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée ne découle des appréciations de la CRR, y compris à l'issue du dernier séjour de l'intéressé auprès d'elle le 20 avril 2021.

7.4.3 Comme le fait valoir le recourant, on ne voit pas ce qui permettait à l'intimé de ne pas recueillir l'avis du SMR (cf., relativement aux tâches du SMR, art. 49 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI - RS 831.201]), ce à tout le moins après l'opposition formée par l'intéressé contre le projet de décision.

7.4.4 En substance, la capacité de travail complète de l'assuré dans une activité telle que retenue par la SUVA – et donc aussi par l'OAI – ne repose que sur le rapport établi le 21 juillet 2021 par le Dr E_____, médecin d'arrondissement de la caisse, sur la base d'un examen clinique du même jour et d'un examen des rapports médicaux jusqu'au 20 avril 2021 (CRR), y compris un "nouvel EOS" (imagerie) du 20 mai 2021, de même que sur le rapport ("appréciation médicale") de ce même médecin d'arrondissement du 5 août 2021.

Le fait que l'assuré n'a pas contesté par une opposition la décision – initiale – de la SUVA du 12 novembre 2021 n'exclut pas, dans le cadre de l'AI, une libre appréciation des rapports médicaux figurant au dossier, y compris les rapports du médecin d'arrondissement de la caisse.

À la lecture du rapport du 21 juillet 2021, on ne voit pas quelles auraient des conclusions claires du médecin d'arrondissement concernant la capacité de travail, découlant de l'examen des pièces médicales du dossier et de l'examen clinique, si ce n'est que selon ce médecin, le cas était stabilisé. D'après le Dr E_____, "compte tenu des limitations fonctionnelles, il est extrêmement difficile de se projeter dans une reprise à 100%, sauf si elle fait l'objet d'un aménagement au sein de l'entreprise. Cet aménagement qui ferait alors reconnaître une perte de rendement de 10% à répartir sur la journée de façon libre en fonction des besoins de l'assuré. Ce qui représente 50 minutes à répartir en pauses supplémentaires sur une journée de 8 heures".

Or, dans son rapport du 5 août 2021, qui ne se réfère qu'à son rapport du 21 juillet 2021 et à la note d'entretien téléphonique du gestionnaire du 3 août 2021, le médecin d'arrondissement ne reconnaît plus de diminution de rendement, ce sans en exposer les motifs, ce qui apparaît problématique.

D'une manière générale, on ne voit pas sur quels motifs précis et pertinents et reposant sur une motivation un tant soit peu circonstanciée le Dr E_____ est parvenu à ses conclusions, en particulier en retenant une capacité de travail de 100%, sans perte de rendement, dans une activité adaptée.

7.4.5 Aucune appréciation au sujet de l'état de santé du recourant considéré dans son ensemble ou au sujet de sa capacité de travail ne ressort du rapport du service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG du 14 juin 2021.

Néanmoins, à teneur de ce rapport, l'assuré rapporte n'avoir eu aucun bénéfice de l'ablation du matériel de son ostéosynthèse. En outre, ledit rapport évoque, apparemment pour la première fois dans ce dossier, une "inégalité congénitale des membres inférieurs en défaveur de la droite de 5 mm (27.01.2021)", de même que des mécanismes de compensation qu'engendrerait la déformation résiduelle post-traumatique de la colonne vertébrale, laquelle serait à l'origine des douleurs mécaniques de l'intéressé, enfin des possibilités de traitement (traitement chirurgical par XLIF ou des infiltrations facettaires ou interépineuses).

Ces nouveaux éléments n'apparaissent pas avoir été pris en considération par le médecin d'arrondissement de la SUVA, même si ce rapport du 14 juin 2021 lui a été transmis par la note "soumission à la médecine des assurances" adressée le 21 juin 2021 par le gestionnaire de la caisse. Certes, ils ne permettent aucune conclusion relative à la capacité de travail de l'assuré, mais ils tendent à montrer que sa situation médicale est plus complexe que celle prise en compte par le Dr E_____ puis par la caisse et l'office, étant en outre relevé que l'inégalité congénitale des membres inférieurs n'aurait *prima facie* pas été du ressort de l'assurance-accidents mais pourrait l'être le cas échéant de l'AI.

7.4.6 Le Dr C_____ ajoute aux limitations fonctionnelles reconnues par le médecin d'arrondissement de la caisse l'impossibilité de marcher pour des longs trajets ainsi que de monter et descendre des escaliers et de s'accroupir.

Vu l'issue ci-après de la présente procédure, on peut laisser en l'état indécise la question de l'influence éventuelle de ces autres limitations fonctionnelles, en particulier en lien avec les possibilités réalistes pour l'assuré de trouver un emploi de niveau 1 (tâches physiques ou manuelles simples) du tableau "TA1_tirage_skill_level" de l'ESS (2018, comme 2020) utilisé par l'intimé pour le revenu avec invalidité dans son document "détermination du degré d'invalidité" du 9 février 2022.

Cela étant, selon le dernier rapport du Dr C_____, la capacité de travail de l'assuré dans son ancienne activité et dans une activité adaptée est de 50% depuis le 1er juin 2021, cette conclusion n'étant toutefois pas motivée de manière circonstanciée.

7.4.7 Au regard de ce qui précède, il n'existe pas au dossier d'avis médicaux suffisamment probants et circonstanciés pour déterminer le degré de capacité de travail du recourant au sens de l'AI dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles reconnues par la CRR et le Dr E_____, voire éventuellement aussi celles attestées en plus par le Dr C_____. En outre, les rapports du service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG du 14 juin 2021 et ceux du Dr C_____, même s'ils ne se prononcent pas de manière circonstanciée sur la capacité de travail de l'intéressé, laissent subsister des doutes relativement à la valeur probante de l'appréciation du médecin d'arrondissement de la SUVA s'agissant de l'AI, une éventuelle incapacité de travail pouvant aller jusqu'à 50% n'apparaissant pas exclue en l'état actuel du dossier.

7.5 Ces circonstances rendent nécessaires, conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral, la mise en œuvre d'une expertise par un ou des médecins indépendants selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire.

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de

raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

En l'occurrence, l'intimé s'est contenté jusqu'à présent de recevoir des rapports des médecins traitants et du médecin d'arrondissement de la SUVA, dont il a repris l'appréciation sans examen approfondi et sans même interroger le SMR, la situation médicale restant ainsi très peu instruite.

La cause lui sera en conséquence renvoyée pour instruction approfondie, avec en particulier une expertise médicale, de toutes les questions pertinentes afférentes à la situation médicale du recourant et à son évolution, notamment sa capacité de travail et ses limitations fonctionnelles, puis nouvelle décision au sujet de son éventuel droit à une rente et/ou des mesures professionnelles.

Cette instruction complémentaire prendra en compte, par économie de procédure, l'évolution de l'état de fait jusqu'au prononcé de la nouvelle décision qui sera rendue.

Il n'est dès lors pas nécessaire d'examiner plus avant, à tout le moins à ce stade, les autres griefs formulés par le recourant.

8. En définitive, le recours sera partiellement admis, la décision querellée sera annulée et la cause sera renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision, dans le sens des considérants.

9. Le recourant obtenant pour une part importante gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice, un émolument de CHF 200.- sera mis à la charge de l'intimé (cf. art. 69 al. 1 bis LAI).

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 de l'intimé du 18 mars 2022.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision, dans le sens des considérants.
5. Alloue au recourant une indemnité de dépens de CHF 2'000.-, à la charge de l'intimé.
6. Met un émolument de CHF 200.- 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
Diana ZIERI	Blaise PAGAN

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