

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3694/2015

ATAS/480/2016

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 21 juin 2016

1^{ère} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié au GRAND-LANCY, comparant
avec élection de domicile en l'étude de Maître Michael
RUDERMANN

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Christine
TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né _____ 1971, était employé depuis le 1^{er} juillet 2009, par la société B_____ Sàrl en qualité de manœuvre de classe C.
2. Le 1^{er} juillet 2010, alors qu'il travaillait dans la gravière C_____, sise D_____ à E_____, l'assuré a été victime d'une chute d'une hauteur de 7 mètres, au travers d'une grille en caillebotis d'une passerelle de contrôle. Lors de cette chute, il s'est blessé à la tête et au dos.
3. L'assuré a été emmené aux hôpitaux universitaires de Genève où un CT total-body, a décelé une fracture de Chance de L2, s'étendant aux pédicules des deux côtés (ddc), une fracture de la base de l'apophyse articulaire inférieure des deux côtés, des fractures étagées des apophyses transverses droites allant de L1 à L5 ainsi qu'une fracture transverse gauche de L5 avec hématome du psoas droit.
4. Le lendemain de son admission aux urgences, l'assuré a été transféré au service de neurochirurgie, où il a séjourné jusqu'au 17 juillet 2010, avant d'être transféré au service de rééducation locomotrice. Selon la lettre de transfert, datée du 20 juillet 2010, suite à sa chute, l'assuré a également subi un traumatisme crânien et une perte de connaissance pendant quelques minutes.
5. En date du 5 juillet 2010, l'assuré a bénéficié d'une fixation percutanée L1-L3.
6. Le 6 juillet 2010, un CT-Scan lombaire a montré un status post-ostéosynthèse bilatérale lombaire, sans signe de complication, pour fracture de Chance de L2 ainsi qu'un tassement de L2, stable par rapport au CT du 1^{er} juillet 2010.
7. Les suites de cet accident ont été prises en charge par la CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (SUVA).
8. Par courrier du 24 novembre 2010, la SUVA a transmis à l'office de l'assurance-invalidité de Genève (OAI) la demande de prestations formée par l'assuré en raison des atteintes précitées, à savoir la fracture de L2 de type Chance, les fractures des apophyses transverses droites de L1 à L5 ainsi que la fracture de l'apophyse transverse gauche de L5.
9. La SUVA a également transmis à l'OAI son dossier concernant l'assuré, dont il ressort ce qui suit :
10. L'imagerie par résonance magnétique (IRM) cérébrale, effectuée le 27 juillet 2010, en raison de troubles de la mémoire et de céphalées, n'a pas mis en évidence de lésion axonale diffuse. Une petite séquelle d'allure ischémique a toutefois été décelée au niveau cérébelleux gauche.
11. Afin de faire le bilan des fonctions cognitives suite au traumatisme crânien, un examen neuropsychologique a été effectué du 27 juillet au 12 août 2010 au service de neurorééducation des HUG. Selon le rapport établi le 9 août 2010, l'examen a mis en évidence 1) une amimie, une attitude prostrée et apathique lors des premières séances chez un patient algique et fatigable, avec un ralentissement

contrastant avec une précipitation dans certains tests informatisés, alors qu'à la sortie, le patient était plus expressif et moins ralenti, 2) des troubles exécutifs (manque de flexibilité mentale et d'inhibition, planification spatiale insuffisante) et attentionnels modérés (nombreuses erreurs ou réponses anticipées dans des tests informatisés) et 3) une amnésie circonstancielle et antérograde inférieure à 24 heures, une limitation de la mémoire verbale à court terme et de la mémoire verbale et visuelle à long terme, alors que l'orientation était préservée. Ce tableau évoquait des troubles d'intensité modérée, avec éventuellement une composante dysthymique.

12. L'assuré a été examiné le 29 septembre 2010 par le docteur F_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et médecin d'arrondissement de la SUVA, lequel a retenu le diagnostic d'épisode dépressif léger, avec syndrome somatique (F32.00), n'entraînant aucune incapacité de travail.
13. Par courrier du 8 octobre 2010, le docteur G_____, chef de clinique au service de neurochirurgie des HUG, a indiqué avoir mis en évidence une myogélose lombaire avec syndrome lombo-vertébral associé. À l'examen clinique effectué en clinostatisme, il n'avait pas constaté de déficit sensitivo-moteur aux quatre membres. Les réflexes ostéo-tendineux étaient normaux, vifs et symétriques. Les clichés fonctionnels de face et profil mettaient en évidence une bonne position du matériel prothétique sans descellement. L'évolution était favorable sur le plan clinique avec une amélioration de la symptomatologie douloureuse.
14. Le 17 novembre 2010, le docteur H_____, chef de clinique à l'unité de médecine physique et réadaptation orthopédique des HUG, a établi un rapport dans lequel il a rappelé les diagnostics concernant la colonne lombaire et les a complétés avec ceux de traumatisme crânio-cérébral (TCC) modéré avec amnésie circonstancielle et de légers troubles neuropsychologiques régressifs. Du point de vue objectif, les mobilités du rachis lombaire étaient limitées par la douleur en flexion et surtout en extension. L'examen neurologique était sans particularité, notamment au niveau des membres inférieurs. Les radiographies effectuées le 4 octobre 2010, en flexion et extension, ne montraient pas d'instabilité vertébrale. Les contrôles des 13 septembre et 4 octobre 2010 étaient sans particularités. Il était possible que l'assuré ait développé des douleurs dorsolombaires chroniques post-traumatiques. La notion d'un état de stress post-traumatique et l'existence probable de croyance erronée quant à son affection et malgré les explications données par les médecins, constituaient des éléments défavorables pour l'évolution du cas.
15. Le docteur I_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, psychiatre traitant, a posé, dans son rapport intermédiaire du 27 décembre 2010 destiné à la SUVA, les diagnostics d'épisode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques (F32.2) ainsi que d'état de stress post-traumatique (F43.1). L'amélioration était lente mais progressive. La capacité de travail était nulle, à réévaluer trois mois après. Il fallait s'attendre à un dommage permanent, sous forme de troubles cognitifs probables suite au traumatisme cranio-cérébral. Pour le Dr I_____, il

fallait envisager une reconversion professionnelle, tenant compte de l'état physique et psychique de l'assuré.

16. Dans son rapport du 28 décembre 2010 destiné à l'OAI, le Dr I_____ a répété les diagnostics et les symptômes portés à la connaissance à la SUVA le jour précédent. En raison de ces troubles, l'assuré était incapable de comprendre et réaliser des ordres simples, de sorte qu'il était totalement incapable de travailler.
17. Le 12 janvier 2011, le docteur J_____, généraliste FMH et médecin traitant de l'assuré, a porté à la connaissance de l'OAI les diagnostics de traumatisme crânio-cérébral avec perte de connaissance et de status post-opération d'ostéosynthèse pour fracture de L2. L'assuré se plaignait de lombalgies avec irradiation vers les membres inférieurs, de vertiges et de céphalées. En raison de ces atteintes ainsi que d'un manque de concentration, d'insomnies et de problèmes sexuels, sa capacité de travail était nulle.
18. Le Dr J_____ a répété les diagnostics et les symptômes précités dans son rapport intermédiaire du 25 janvier 2011 destiné à la SUVA, tout en précisant que l'évolution était lentement positive, avec toutefois encore des douleurs lombaires irradiant vers les membres inférieurs, des vertiges et des céphalées. L'assuré était toujours totalement incapable de travailler.
19. Le 26 janvier 2011, le Dr K_____ a informé l'OAI que l'état de santé de l'assuré était resté stationnaire et qu'il n'y avait aucune évolution, les limitations fonctionnelles étant les suivantes : kinésophobie [soit la peur du mouvement], mobilité réduite +++ du rachis. Cela étant, il était trop tôt pour se prononcer sur la capacité de travail dans une activité adaptée.
20. L'IRM cervicale pratiquée le 28 janvier 2011 a notamment mis en évidence la rectitude de la lordose cervicale avec dessiccation discale étagée et pincement discal C5-C6, une protrusion discale préforaminale droite sur débord discal circonférentiel venant au contact de la racine C6 droite, une surcharge facettaire C5-C6 droite associée et une discopathie circonférentielle à l'étage C6-C7, avec protrusion discale préforaminale gauche sans contact avec la racine C7 gauche.
21. Une IRM lombaire, pratiquée le même jour, a décelé un antécédent de fixation de type dynesys de L1 à L3 avec respect du cadre somatique cortical L2 et absence d'œdème somatique à son niveau. Une très discrète diminution de hauteur de cette vertèbre a en outre été mise en évidence, toutefois sans modification de la lordose lombaire et non quantifiable. L'imagerie a également montré le matériel d'ostéosynthèse postérieure en place par voie transpédiculaire, l'intégrité de signal du calibre du cône médullaire, la dessiccation discale avec débord discal circonférentiel sous-jacent en L4-L5 et protrusion discale préforaminale et foraminale gauche discrètement subluxée vers le haut L4-L5 venant au contact de la racine L4 gauche sans signe d'œdème.
22. En raison de cervicobrachialgies droites, présentes depuis l'accident avec des douleurs irradiant jusqu'au 3^{ème} doigt, de paresthésies à type de fourmillements

intermittentes, irradiant jusqu'au 3^{ème} doigt également, de douleurs importantes dorsolombaires avec handicap fonctionnel important et de douleurs du membre inférieur gauche, proximales surtout, de vertiges essentiellement nocturnes et de céphalées, l'assuré a consulté le docteur L_____, spécialiste FMH en neurologie, électroneuromyographie (ENMG) et toxine botulique. Selon le rapport établi par le médecin précité en date du 14 mars 2011, l'examen clinique montrait un syndrome algique important, en particulier dorsolombaire perturbant la marche. Sur le plan neurologique strict, le Dr L_____ ne retenait pas d'amyotrophie, pas de déficit moteur ou sensitif et les réflexes étaient tous bien présents et symétriques. L'examen ENMG du membre supérieur droit était normal. Il n'y avait aucun élément en faveur d'une lésion radiculaire mais il pouvait y avoir une irritation de la racine C7, sans traduction à l'ENMG.

23. Le 11 mars 2011, le Dr K_____ a mentionné un état stationnaire du point de vue subjectif, avec une kinésiophobie +++, des lombalgies fonctionnelles, un index d'atrophie musculaire (IAM) lombaire récent s'agissant de la nuque. Une évaluation à la Clinique romande de réadaptation (CRR) était souhaitable.
24. Selon le rapport du Dr I_____ du 28 avril 2011, l'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques était en rémission partielle, avec une amélioration progressive des symptômes dépressifs mais une persistance des symptômes de l'état de stress post-traumatique. L'assuré, toujours incapable de travailler, souhaitait toutefois reprendre une activité professionnelle mais il était limité physiquement.
25. À la demande de la SUVA, l'assuré a séjourné à la CRR du 20 avril au 18 mai 2011.

À l'issue de ce séjour, les diagnostics retenus étaient les suivants : chute d'environ 6 mètres le 1^{er} juillet 2010 avec TCC léger avec perte de connaissance initiale et amnésie post-traumatique inférieure à 24 heures, fracture étagée des apophyses transverses droites de L1 à L5, fracture de L2 de type Chance, sans troubles neurologiques, fixations percutanées L1 à L3 le 5 juillet 2010, lombalgies persistantes, troubles statiques, discopathie dégénérative L4-L5 et épisode dépressif, d'intensité moyenne. À titre de comorbidités, les médecins ont évoqué des gonalgies bilatérales chroniques, douleurs chroniques du coude droit, status post-ménisectomie partielle interne du genou gauche en février 1997, interne et externe du genou droit en juin 1999, status post-contusion du coude droit en 1997, status post-fracture arrachement intra-articulaire de la base de la 1^{ère} phalange du pouce gauche en juillet 1996, chute sur le genou et le coude gauches en avril 1997, traumatisme cervical en décembre 1999 et 2001 et chute sur le genou droit en août 2004 avec atteinte du ménisque interne.

S'agissant du traumatisme cranio-cérébral, l'IRM cérébrale effectuée le 26 avril 2011 ne montrait plus de lésions post-traumatiques. L'angiographie intracérébrale était sans anomalie. L'examen neuropsychologique mettait en évidence une fluctuation des performances, notamment au niveau de la vitesse de traitement et au

niveau mnésique, pouvant être mis sur le compte du faible niveau scolaire et de la langue maternelle. Par ailleurs, les facteurs psychologiques et la symptomatologie douloureuse influençaient les tests, lesquels ne reflétaient pas la vraie performance de l'assuré. En résumé, les médecins de la CRR ont considéré que l'assuré avait probablement souffert d'un TCC léger, ne laissant aucune séquelle aux divers examens d'imagerie cérébrale et à l'examen neuropsychologique pratiqué à la CRR.

Concernant la colonne dorsale, le spécialiste du rachis de la CRR a retenu le diagnostic de lombalgies persistantes et de troubles statiques. La spondylodèse L1 à L3 avait été très bien réalisée avec un résultat excellent du point de vue orthopédique. Aucune explication claire aux troubles statiques n'avait pu être trouvée mais il existait des signes et symptômes de non-organicité. Les troubles statiques persistants et un état douloureux justifiaient des limitations fonctionnelles mentionnées ci-dessous. L'IRM dorsale et les radiographies de la colonne lombaire de face et profil montraient un matériel de fixation en place, sans signe de fracture. Au niveau cervical, une rectitude de la lordose cervicale, avec protrusion discale pré-foraminale droite était en contact avec la racine C6 à droite et une discopathie circonférentielle à l'étage C6-D7 était en contact avec la racine C7 à gauche.

Lors de l'évaluation des capacités fonctionnelles, l'assuré avait atteint un score de 46, lequel correspondait à un degré d'activation sédentaire essentiellement assis, ce qui démontrait que l'assuré sous-estimait considérablement ses capacités. Par ailleurs, de nombreuses autolimitations avaient été mises en évidence. Tous les mouvements demandés étaient qualifiés de douloureux au niveau lombaire. La volonté de donner le maximum aux différents tests était insuffisante et le niveau de cohérence faible.

Du point de vue psychique, une symptomatologie dépressive, clairement en lien avec l'évolution chronique de la symptomatologie douloureuse, avait été relevée. Il y avait également plusieurs facteurs prédictifs défavorables de chronicisation (hypervigilance, états d'abattement à répétition, kinésiophobie, difficultés de couple débutantes, avec le sentiment, pour l'assuré que son entourage n'était pas compréhensif face à son état) et des attentes magiques s'agissant de la guérison. La participation de l'assuré au groupe de la douleur et lors des entretiens individuels était considérée comme étant faible, avec un discours très centré sur ses douleurs. Du point de vue psychiatrique, la capacité de travail était nulle, à réévaluer après quatre à six semaines. La reprise d'une activité professionnelle adaptée était toutefois souhaitable et pouvait avoir un effet favorable sur l'évolution des symptômes psychiques.

En raison d'une dysfonction sexuelle apparue dans les suites de l'accident, l'assuré a été vu par le consultant en sexologie, lequel avait procédé à un examen neurologique qui s'était avéré normal. Un bilan hormonal devait être effectué par le médecin traitant de l'assuré.

Du point de vue professionnel, l'assuré avait été évalué dans les ateliers professionnels, dans des activités simples, uniquement en position assise, pendant des périodes jusqu'à 4 heures. La collaboration s'était avérée médiocre, l'assuré ayant notamment montré peu d'initiatives pour s'appliquer dans les différentes activités. En raison de sa lenteur d'exécution, il était difficile d'évaluer objectivement ses réelles limitations. Il se plaignait de douleurs entraînant l'interruption de l'activité lorsque celle-ci durait plus de 45 minutes en position assise. Dans de telles conditions, il était impossible de procéder à une évaluation fiable et objective des capacités professionnelles, étant toutefois précisé que le comportement de l'assuré était qualifié de correct et courtois.

En raison des constatations qui précèdent, les médecins de la CRR ont retenu des limitations fonctionnelles en lien avec la fracture lombaire et l'ostéosynthèse, à savoir pas de port de charges au-delà de 10 à 15 kg, pas de travail en porte-à-faux, pas de travail nécessitant des positions prolongées et des travaux prolongés au sol ou imposant des mouvements de flexion-torsion du tronc. La capacité de travail était toutefois limitée par des facteurs psychologiques. Forts de ce qui précède, les médecins de la CRR ont retenu une totale incapacité de travail, à réévaluer dans les quatre semaines.

26. Selon le compte-rendu du docteur M_____, chef de clinique auprès du service de neurochirurgie, du 20 juin 2011, l'évolution semblait marquée par la persistance de douleurs lombaires basses et en regard de la stabilisation ainsi que par une cervicobrachialgie de type C6 à droite, toutefois au second plan selon le patient. À l'examen clinique, il n'y avait pas de déficit sensitivo-moteur mais l'assuré adoptait une attitude antalgique importante ainsi qu'une contracture paravertébrale très marquée.
27. Le docteur N_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA, a procédé à une appréciation médicale en date du 20 juillet 2011. Après avoir résumé les diverses pièces du dossier et les conclusions des médecins de la CRR, le médecin précité a considéré que du point de vue professionnel et malgré une collaboration médiocre aux tests professionnels, l'assuré pouvait reprendre une activité physique, respectant toutefois les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges supérieures à 15kg, pas de travail en porte-à-faux ou de travail nécessitant des positions prolongées, des flexions ou torsions du tronc. En respectant ces limitations, l'assuré était totalement capable de travail du point de vue orthopédique.
28. Le 2 septembre 2011, le Dr I_____ a informé l'OAI que l'état de santé de son patient était resté stationnaire. Entre décembre 2010 et mai 2011, le psychiatre traitant avait constaté une amélioration partielle, avec une stabilisation depuis trois mois. Cependant, depuis un mois, une crise de couple avec des violences psychiques était venue s'ajouter.

29. Le Dr F_____ a une nouvelle fois examiné l'assuré en date du 5 octobre 2011. Selon son rapport du 7 octobre 2011, le diagnostic retenu était celui de troubles de l'humeur (affectifs) persistants (F34.8), relevant qu'il existait des discordances entre l'aspect visible et d'autres constats cliniques. Si l'aspect visible faisait évoquer une dépression plutôt sévère, l'absence de ralentissement, une certaine réactivité psychique persistante, associée à des capacités d'interaction sociale conservées, faisaient plutôt évoquer une dépression d'intensité moyenne. L'atteinte psychique entraînait une incapacité de travail de 50 à 100%. Le pronostic était mauvais, avec un fort potentiel d'évolution vers un processus d'invalidation.
30. Dans leur rapport du 1^{er} novembre 2011, les médecins du service de neurochirurgie des HUG, ont indiqué qu'à l'examen clinique, ils ne retrouvaient pas de déficit sensitivomoteur. Les réflexes ostéotendineux étaient normo-vifs et symétriques. Il n'y avait pas de signes pyramidaux. L'assuré était toutefois extrêmement limité dans les mouvements du rachis à cause de ses douleurs et d'une attitude antalgique très importante. Cela étant, il existait un syndrome lombo-vertébral marqué, avec une importante contracture musculaire paravertébrale au niveau L1-L2-L3. Le scanner lombaire effectué le 28 juin 2011 montrait le système de stabilisation en place sans résorption osseuse ou déplacement des vis. Compte tenu de l'importante contracture musculaire, du Sirdalud avait été prescrit à l'assuré. Par ailleurs, des radiographies fonctionnelles du rachis lombaire en extension et flexion allaient être organisées pour voir la stabilité. S'il existait toujours des douleurs en exacerbation au niveau lombaire, un nouveau scanner serait éventuellement effectué afin d'évaluer un éventuel retrait du matériel.
31. Le 2 novembre 2011, le Dr F_____ a considéré que le lien de causalité naturelle entre l'accident et les troubles psychiques était discutable mais qu'il restait du registre du probable.
32. En raison des troubles érectiles, l'assuré a également consulté le service d'urologie des HUG, lequel a posé, dans son rapport du 9 novembre 2011, le diagnostic de troubles érectiles multifactoriels, notamment dus aux douleurs chroniques et aux médicaments. Un nouveau traitement allait être instauré et un suivi en sexologie était proposé afin de réévaluer la sexualité, de travailler sur l'intimité malgré les aléas de la vie et de réévaluer le traitement actuel.
33. À teneur du compte-rendu du 19 décembre 2011 des médecins du service de neurochirurgie des HUG, l'assuré se plaignait toujours de lombalgies basses invalidantes, fluctuant en intensité, et l'handicapant dans ses activités de la vie quotidienne. À l'examen clinique, l'assuré adoptait une position antalgique et une marche avec antéflexion du tronc. Les mouvements de flexion du rachis lombaire étaient extrêmement douloureux, au contraire des mouvements d'extension et d'inclinaison latérale qui était moins douloureux. Il y avait persistance d'un syndrome lombovertébral marqué avec une contracture musculaire paravertébrale de L1 à L3. En revanche, il n'y avait pas de déficit sensitivomoteur aux membres inférieurs. Les radiographies fonctionnelles du 8 novembre 2011 montraient que les

vis étaient bien positionnées dans les corps des pédicules de L1 et L3. La fracture était bien consolidée au niveau de L2. Toutefois, un discret mouvement des tiges postérieures normales était constaté.

34. Le 31 décembre 2011, le Dr I_____ a informé l'OAI que l'état de l'assuré s'était aggravé et amélioré, avec une rechute dépressive sévère en septembre 2011 (Hamilton 38 en septembre et 27 en décembre 2011), respectivement une rémission partielle de l'état de stress post-traumatique depuis novembre 2011. Le pronostic était réservé compte tenu d'un conflit conjugal.
35. Le 3 janvier 2012, le Dr N_____ a complété son appréciation du 20 juillet 2011, considérant qu'aucune modification ne s'était produite depuis sa dernière appréciation. La dysfonction sexuelle pouvait être en rapport avec le traitement antalgique selon les confrères de la consultation de sexologie.
36. Dans un courrier daté du même jour, adressé au Dr M_____, le Dr N_____ a considéré que compte tenu de l'état psychique de l'assuré, il fallait réfléchir à l'utilité d'un retrait du matériel, les aspects « psychologiques » de la présence du matériel au niveau du dos n'étant pas à négliger.
37. Une scintigraphie osseuse avec perfusion, SPECT / CT complémentaire a été effectuée le 16 janvier 2012. Selon le rapport y relatif, l'examen SPECT/CT a mis en évidence des vis transpédiculaires de L1 et L3 en place, sans signe de descellement et sans hypercaptation significative. Aucune hypercaptation pathologique n'avait au demeurant été constatée sur l'ensemble de l'examen. Comparativement au CT de juin 2011, il y avait une accentuation de la discopathie L2-L3 et une apparition de discopathies L1-L2 et L4-L5.
38. Le 6 février 2012, le Dr N_____ a procédé à un examen de l'assuré. Après avoir résumé les pièces pertinentes du dossier et les plaintes de l'assuré, le médecin d'arrondissement a effectué un examen clinique à l'issue duquel il a posé le diagnostic de status après fracture de la colonne lombaire au niveau L2 traitée par chirurgie percutanée, suite à une chute de 7 mètres le 1^{er} juillet 2010. Subjectivement, l'assuré se plaignait de douleurs permanentes et partiellement soulagées par un traitement antalgique, au niveau de sa colonne dorsale, laquelle présentait objectivement une raideur. Le bilan radiologique confirmait cependant la solidité de la fracture et un léger décalage au niveau des corps vertébraux L2-L3. Du point de vue assécurologique, la situation n'était pas encore stabilisée.
39. Par courrier du 21 février 2012, le docteur O_____, spécialiste FMH en urologie, a informé la SUVA que l'examen à sa consultation ne permettait pas de conclure à une relation de causalité entre l'accident et le trouble érectile en l'absence de lésion vasculaire ou veineuse au niveau pénien. Au vu du contexte, l'assuré présentait très nettement une inhibition sympathique avec une érection molle et une baisse de libido.
40. Le 22 mars 2012, le Dr M_____ a informé la SUVA qu'il n'était pas convaincu que l'ablation du matériel d'ostéosynthèse améliorerait les douleurs lombaires de

l'assuré. Il considérait, pour sa part, qu'il s'agissait, dans le cas de l'assuré, d'un contexte général et il lui avait donc prescrit des séances de physiothérapie et d'assouplissement, auxquelles il souhaitait donner une chance.

41. À teneur du rapport du Dr I_____ du 1^{er} juin 2012, l'état de stress post-traumatique s'était nettement amélioré. En revanche, l'assuré avait subi une rechute dépressive dans le contexte d'une grave crise de couple avec violences. Le diagnostic retenu était dès lors celui d'épisode dépressif récurrent sévère sans symptômes psychotiques. L'assuré était toujours totalement incapable de travailler. En cas d'absence d'amélioration significative, une hospitalisation à la CRR semblait indiquée.
42. Le 8 août 2012, le Dr F_____ a, une nouvelle fois, examiné l'assuré. Selon son rapport, daté du jour suivant, le diagnostic était celui de troubles de l'humeur (affectifs) persistants (F34.8), ne justifiant aucune incapacité de travail. En effet, la situation, concernant en tout cas les plaintes, était quasiment superposable à celle datant d'octobre 2011, l'assuré évoquant, au premier plan, toujours les douleurs et leurs conséquences sur sa vie quotidienne. L'atteinte thymique persistante restait d'intensité légère, dès lors qu'il n'y avait pas d'humeur dépressive stablement installée quand bien même il constatait une diminution du plaisir, une fatigabilité, avec une perturbation du sommeil et de l'estime de soi. Il n'y avait pas d'atteinte de la concentration ou de l'attention, de perturbation de l'appétit ou d'idéation suicidaire. Par ailleurs, l'assuré était capable de mener à bien certaines activités, quand bien même un sentiment de détresse et quelques difficultés mineures persistaient. Pour toutes ces raisons, le Dr F_____ estimait que l'assuré ne présentait plus d'incapacité de travail sur le plan psychique, permettant ainsi une réintégration professionnelle relativement rapide.
43. Un CT de la colonne lombaire, effectué le 25 octobre 2012, a mis en évidence une rupture complète de la vis L3 droite avec signe de résorption au niveau du fragment dorsal. Les autres vis étaient en place et aucune modification de la statique lombaire n'avait été constatée.
44. Par courrier du 7 novembre 2012, le Dr M_____ a informé le Dr N_____ qu'il avait revu en consultation l'assuré en date du 1^{er} novembre 2012. À l'examen clinique, les cicatrices étaient calmes. Une contracture paravertébrale bilatérale et des douleurs diffuses à la palpation lombaire basse avaient été constatées. Les mouvements de flexion et de se lever étaient limités. Le scanner du 25 octobre 2012 montrait toujours une bonne position du matériel d'ostéosynthèse avec toutefois une vis L3 à droite fracturée. Le Dr M_____ n'était toutefois pas certain que l'ablation du matériel d'ostéosynthèse améliorerait les douleurs de l'assuré et il proposait dès lors d'effectuer d'abord des radiographies en flexion et extension pour déceler une éventuelle micro-mobilité du matériel.
45. Compte tenu des lombocruralgies gauches, une IRM de la colonne lombaire a été effectuée le 4 décembre 2012 afin de rechercher des conflits. Selon le compte-rendu

y relatif, daté du même jour, un status post fixation L1-L3 a été constaté, avec la présence toutefois d'un œdème au niveau du massif articulaire L2 et L3 droit, pouvant être en faveur d'une instabilité à ce niveau (en rapport avec la vis cassée L3 droite connue). Une discopathie L4-L5 gauche, avec une composante ostéophytaire venant en conflit foraminaux avec la racine L5 gauche a également été constatée.

46. Le 24 janvier 2013, l'assuré a été examiné par les médecins du service de rhumatologie des HUG. Selon le rapport du 31 janvier 2013 y relatif, les diagnostics retenus étaient ceux de lombocruralgie gauche d'origine multifactorielle avec malformation de la tête fémorale gauche d'origine indéterminée, probable coxarthrose secondaire, et lombalgies mécaniques, ainsi que status post spondylodèse L1-L3 en juillet 2010, post-fracture de L2 dans le contexte d'un accident de travail. La problématique actuelle semblait plutôt être des lombalgies chroniques dans le contexte d'un status post-opératoire, de troubles statiques et de la coordination musculaire.
47. Selon le rapport du 12 février 2013 du Dr M_____, relatif à la consultation du 8 février 2013, l'assuré présentait toujours des douleurs chroniques. Les investigations radiologiques montraient très clairement une fracture de la vis L3 à droite. Par ailleurs, selon les radiographies fonctionnelles, la tige droite se soulevait en flexion. Pour le Dr M_____, il fallait enlever le matériel d'ostéosynthèse. Il n'était cependant pas sûr que les douleurs lombaires soient associées à cette fracture de vis et qu'elles s'améliorent après ablation du matériel d'ostéosynthèse.
48. Le 18 mars 2013, l'assuré a chuté sur son épaule droite.
49. Le 27 mars 2013, le Dr I_____ a rappelé le diagnostic d'épisodes dépressifs récurrents sévères dans le contexte de crises de couple graves avec violences, qu'il a complété avec celui de suspicion d'une transformation pathologique de la personnalité suite à l'accident subi. Les limitations fonctionnelles consistaient en des troubles de la concentration, un isolement social et un ralentissement psychomoteur. Dans ces circonstances, l'incapacité de travail était totale et le pronostic réservé, compte tenu des rechutes dépressives fréquentes malgré les divers traitements antidépresseurs essayés.
50. En date du 11 avril 2013, l'assuré a été revu en consultation par le Dr M_____. Selon le courrier de ce dernier, du 15 avril 2013, lors de l'examen clinique, l'assuré était très sensible à la palpation de la tête des quatre vis. Les précédents examens – radiologiques notamment – avaient mis en évidence une cassure de la vis L3 à droite, ce qui entraînait, dans chaque mouvement de flexion de la colonne, un mouvement de la tige à droite. Quand bien même il n'était pas garanti que les douleurs disparaissent après l'ablation du matériel, le Dr M_____ était tout de même d'avis que le mouvement de la tige longitudinale à droite, répété en flexion/extension, pouvait éventuellement entretenir lesdites douleurs. Dès lors que

l'assuré voulait encore réfléchir à l'intervention précitée, aucune décision n'a été prise et un nouveau rendez-vous a été agendé.

51. Le Dr F_____ a procédé à une nouvelle appréciation médicale en date du 17 avril 2013, expliquant qu'il était en désaccord avec le diagnostic de transformation pathologique de la personnalité avec l'accident subi, cette conclusion était particulièrement hasardeuse selon lui vu le contexte compliqué, mêlant conflit de couple et bénéfices secondaires potentiels de cette situation. Compte tenu de l'évolution, le Dr F_____ doutait que le traitement pratiqué ait un quelconque impact, l'évolution allant visiblement dans le sens d'une invalidation progressive avec une mise en échec de la part de l'assuré de tout ce qui lui était proposé, une majoration des symptômes n'étant pas exclue dans ce contexte.
52. Par rapport du 24 avril 2013, destiné à l'OAI, le Dr I_____ a mentionné un état stationnaire, avec des épisodes dépressifs récurrents moyens à sévères (F33.2 et F33.11), évoluant avec des hauts et des bas dans le contexte d'un conflit conjugal chronifié. À cela s'ajoutait une suspicion de modification durable de la personnalité (F62.8) suite à la disparition de l'état de stress post-traumatique. L'assuré était totalement incapable de travailler dans quelque activité que ce soit.
53. Par décision du 15 mai 2013, la SUVA a refusé de prendre en charge les suites de l'atteinte au niveau de la hanche gauche, considérant que celle-ci n'était pas en lien de causalité avec l'accident assuré.
54. Par courrier du 21 mai 2013, le Dr O_____ a expliqué à la SUVA que le traitement par Cialis® avait eu un excellent résultat sur l'érection selon les dires de l'assuré de sorte qu'il lui avait remis une prescription à renouveler pour une année.
55. Une IRM de l'épaule droite, réalisée le 11 juillet 2013, a mis en évidence une rupture de l'extrémité distale du tendon du muscle sus-épineux, avec liquide au niveau de la bourse sous-acromio-deltaïdienne ainsi qu'une tendinopathie avérée du muscle sous-scapulaire.
56. Quant au Dr I_____, il a rappelé, dans son rapport du 24 juillet 2013, les diagnostics d'épisode dépressif récurrent moyen (F33.11) et d'état de stress post-traumatique (F43.1). La thymie s'était lentement améliorée grâce à la prise en charge spécifique, avec toutefois la persistance de douleurs et de la crise de couple (la compagne de l'assuré ne supportait plus ses symptômes). Le pronostic dépendait des deux éléments précités. Une réévaluation de la capacité de travail devait être effectuée 6 mois plus tard mais la situation était en voie de stabilisation.
57. Par courrier séparé, vraisemblablement rédigé le même jour que le rapport précité, le Dr I_____ a expliqué qu'il avait adressé l'assuré à un psychologue, Monsieur P_____, en raison de la persistance des douleurs et des symptômes de l'état de stress post-traumatique, malgré le suivi psychiatrique. Une crise de couple chronicisée en lien avec les symptômes accompagnait le tableau. C'était dans ce contexte qu'il avait adressé l'assuré au psychologue précité, lequel était spécialisé dans ce domaine.

58. Par courrier du 17 septembre 2013, le Dr M_____ a indiqué avoir revu l'assuré et lui avoir rappelé qu'une ablation du matériel d'ostéosynthèse ne lui garantissait pas la disparition complète des douleurs mais que, selon lui, une hypersensibilité de la tige pouvait tout de même être responsable d'une partie des douleurs. En effet, le médecin avait pu constater qu'en appuyant sur la tête de vis à droite, une vive douleur en L3 à droite et à gauche était ressentie par l'assuré. Vu la réticence de celui-ci, il avait été convenu qu'un nouveau scanner lombaire serait effectué et qu'une décision serait prise après cet acte.
59. Le scanner lombaire, effectué le 17 octobre 2013 et comparé à celui du 25 octobre 2012, a mis en évidence une rupture des vis de L3 droite et gauche, avec des lisérés de résorptions autour des vis de L1 et L3 des deux côtés.
60. Lors de la consultation du 24 octobre 2013, le Dr M_____ a expliqué à l'assuré qu'il y avait 50% de chance qu'une ablation du matériel d'ostéosynthèse puisse améliorer une partie de la composante de lombalgies chroniques, étant toutefois précisé qu'il était impossible d'enlever la partie intrapédiculaire et intravertébrale des vis L3. L'assuré souhaitant encore réfléchir à la nécessité d'une telle intervention, un nouveau rendez-vous a été convenu.
61. Lors de la consultation du 12 décembre 2013, l'assuré a donné son accord pour une ablation du matériel d'ostéosynthèse, laquelle a eu lieu le 15 janvier 2014. Au cours de l'hospitalisation consécutive à l'intervention précitée, les médecins ont décelé une lithiase au niveau urétéro-méatale à droite, avec dilatation pyélocalicielle en regard (calculs).
62. Par rapport du 20 décembre 2013 destiné à l'OAI, le Dr Q_____ a rappelé les diagnostics déjà posés, les symptômes actuels étant ceux de raideur lombaire et contractures musculaires chroniques. En raison de douleurs lombaires, l'assuré marchait penché, ne pouvait se pencher en avant et était dans l'impossibilité d'effectuer des flexions latérales. Il était en incapacité totale de travailler depuis son accident. Il ne pouvait avoir aucune activité soutenue en raison de douleurs chroniques, même sans effort.
63. Le 24 décembre 2013, le Dr I_____ a informé que l'état de son patient était resté stationnaire, les atteintes existantes (F33.11 et F62.8) évoluant avec des hauts et des bas, les limitations étant identiques que précédemment. Actuellement, le score était de 22 sur l'échelle de Hamilton. Le pronostic était réservé.
64. Le 6 mars 2014, la doctoresse R_____, spécialiste FMH en chirurgie et médecin d'arrondissement de la SUVA, a procédé à une appréciation médicale. Après avoir résumé les dernières pièces au dossier, le médecin précité a considéré que les troubles érectiles et le traitement proposé, à savoir le Cialis[®], n'étaient pas à la charge de la SUVA. Il en allait de même de la lithiase urétéro-méatale droite précitée, en l'absence de lien avec la fracture lombaire reconnue.

65. Par décision du 10 mars 2014, la SUVA a informé l'assuré qu'elle ne prendrait pas en charge les troubles érectiles ainsi que les calculs découverts lors de l'hospitalisation aux HUG en l'absence de lien de causalité.
66. À teneur du rapport du Dr I_____ du 10 mars 2014, l'état psychique de l'assuré s'était légèrement amélioré après une prise en charge tant psychothérapeutique que pharmacologique. Lors de la rédaction du rapport, il présentait des épisodes dépressifs moyens (F33.11), alors que précédemment, ils étaient sévères (F33.2). À cela s'ajoutait un trouble de la personnalité F60.8, lequel compliquait le tableau clinique. À titre de limitations fonctionnelles, le psychiatre précité retenait des troubles de la concentration, un isolement social et un ralentissement psychomoteur modéré, lesquels entraînaient une incapacité totale de travailler. La situation familiale et la thymie avaient évolué mais la situation n'était pas encore stabilisée.
67. Le 9 mai 2014, le Dr Q_____ a établi un rapport intermédiaire, dans lequel il a posé les diagnostics de fracture de L2-L3 opérée, cervicalgies et chute sur l'épaule droite le 18 mars 2013. La situation clinique ne s'améliorait pas, l'assuré étant invalidé par sa région lombaire et son épaule de façon importante et chronique. À cela s'ajoutait le fait qu'il n'avait aucune résistance à l'effort. Il fallait dès lors s'attendre à une invalidité totale, sans possibilité de recyclage.
68. L'assuré a bénéficié de deux infiltrations, en date des 20 mars et 15 mai 2014, sans résultats.
69. Le 9 juillet 2014, le Dr F_____ a procédé à une appréciation psychiatrique. Après avoir résumé brièvement la situation, le médecin précité a considéré que les limitations fonctionnelles relevées par le Dr I_____ (troubles de la concentration, isolement social et ralentissement psychomoteur) ne justifiaient pas une incapacité totale de travailler, une dépression d'intensité moyenne permettant une capacité de travail de 50% environ.
70. À la demande de la SUVA, l'assuré a une nouvelle fois été hospitalisé à la CRR, du 9 au 24 septembre 2014.

Selon le rapport établi à la suite de ce séjour, le 15 octobre 2014, l'assuré avait été adressé à la CRR pour des thérapies physiques et fonctionnelles pour lombalgies chroniques s'étendant dans le membre inférieur gauche. Les diagnostics retenus étaient ceux de lombalgies chroniques s'étendant dans le membre inférieur gauche, 1^{er} juillet 2010 : chute d'environ 6 mètres avec TCC léger, fractures étagées des apophyses transverses droites de L1 à L5, fracture de l'apophyse transverse gauche de L5 et fracture de L2 de type « Chance » sans trouble neurologique ; interventions : le 5 juillet 2010 : fixation percutanée de L1-L3, le 15 janvier 2014 : ablation des vis et tiges de L1-L3 après rupture des vis transpédiculaires de L3 ; troubles lombaires dégénératifs avec discopathie protrusive en L4-L5 ; séquelles de radiculopathie L4-L5 gauche (ENMG du 22 septembre 2014) ; infiltrations péri-articulaires L4 gauche et épurale postérieure L4-L5 le 20 mars et le 15 mai 2014 ; omalgies bilatérales, rupture transfixitante du supra-épineux isolée (IRM de

l'épaule droite du 11 juillet 2013), tendinopathie du supra-épineux gauche avec bursite sous-acromiale (IRM de l'épaule gauche du 29 août 2014) ; malformation de la tête fémorale gauche d'origine indéterminée (Perthe probable), avec infiltration US de la hanche gauche le 19 décembre 2012. À titre de co-morbidités, les médecins de la CRR ont retenu du tabagisme actif (30 UPA) et des gonalgies bilatérales chroniques. Les médecins de la CRR ont également mentionné les antécédents suivants : lithiase urétéro-méatale à droite avec dilatation pyélocalicielle en janvier 2014, dysfonction érectile, entorse du genou droit en 2004, ménissectomie partielle interne et externe du genou droit en juin 1999, ménissectomie partielle interne du genou gauche en février 1997, contusion du coude droit en 1997, fracture-arrachement intra-articulaire de la base de la première phalange du pouce gauche en juillet 1996 et notion d'épilepsie sans récurrence depuis 1992. Aucun diagnostic n'a été posé sur le plan psychique, le trouble de l'humeur persistant n'ayant pas atteint le seuil diagnostique pour un trouble dépressif.

À l'entrée, les plaintes et limitations fonctionnelles de l'assuré consistaient en des lombalgies basses en barres, s'étendant proximale en région inter-scapulaire des deux côtés. Les douleurs étaient décrites comme des étirements, d'intensité estimée de 0 à 10/10 sur l'EVA. L'assuré faisait également état de fourmillements de la fesse gauche et de la face antérieure du membre inférieur gauche prédominant au premier orteil, avec sensations d'engourdissement du membre inférieur gauche dans son ensemble.

Après avoir résumé les résultats de l'examen clinique et les examens radiologiques, les médecins de la CRR ont précisé qu'aucun nouveau diagnostic n'avait été posé au cours du séjour. Sur le plan psychiatrique, le médecin consultant retenait un trouble de l'humeur persistant, sans atteindre le seuil diagnostique pour un trouble dépressif. Il ne relevait pas non plus de signe pour un état de stress post-traumatique ou pour un trouble de la personnalité mais avait constaté de nombreux facteurs défavorables de chronicisation. Les troubles psychiques relevés n'avaient pas valeur incapacitante mais influençaient les douleurs et les limitations fonctionnelles annoncées.

L'assuré a également été examiné par le consultant chirurgien orthopédiste spécialiste de l'épaule vu le contexte d'omalgies bilatérales prédominant à gauche. Une bonne trophicité musculaire était notée des deux côtés. Au vu du contexte, une prise en charge conservatrice était favorisée, une intervention chirurgicale étant à éviter. En cas de gêne persistante, une infiltration sous-acromiale pouvait être envisagée.

Sur le plan neurologique, l'ENMG pratiqué le 22 septembre 2014 avait mis en évidence des signes chroniques de radiculopathie L4-L5 gauche, sans élément évoquant une atteinte aiguë ni signe clinique irritatif ou déficitaire.

Les médecins de la CRR ont également considéré que les plaintes et limitations fonctionnelles de l'assuré ne s'expliquaient pas principalement par les lésions

objectives constatées pendant le séjour et que des facteurs contextuels (absence de qualification professionnelle, éloignement du monde du travail depuis 2010) jouaient un rôle important et influençaient défavorablement le retour au travail.

Tant en physiothérapie qu'aux ateliers professionnels, la participation avait été considérée comme faible chez un patient centré sur les douleurs.

Malgré les autolimitations de l'assuré, les médecins de la CRR ont retenu les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges répété de plus de 5-10 kg et pas d'activité nécessitant le maintien d'une position statique debout ou assise. Le pronostic d'une réinsertion dans l'ancienne activité de manœuvre et de paysagiste était défavorable compte tenu des facteurs médicaux retenus après l'accident et les facteurs contextuels, chez l'assuré qui n'avait plus retravaillé depuis quatre ans et estimait qu'il ne pourrait retravailler que si ses douleurs disparaissaient. Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles précitées était également défavorable en raison des facteurs non médicaux mentionnés précédemment. La capacité de travail était ainsi nulle du 9 septembre au 22 octobre 2014.

71. À la demande de la SUVA, la Dresse R_____ a procédé à une nouvelle appréciation médicale en date du 29 octobre 2014. Après avoir résumé les dernières pièces communiquées par l'assuré et notamment le rapport de la CRR, le médecin d'arrondissement de la SUVA a considéré, qu'il fallait retenir, s'agissant de l'événement du 1^{er} juillet 2010, l'exigibilité de la CRR, à savoir pas de port de charges répétés de plus de 5 à 10 kg ni d'activités nécessitant le maintien d'une position statique debout ou assise. S'agissant de la chute sur l'épaule droite, ayant entraîné une rupture de la coiffe des rotateurs, la Dresse R_____ était également d'avis qu'il fallait retenir une exigibilité avec toutefois les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges au-dessus de l'horizontale supérieurs à 10 kg de façon fréquente ni de mouvements répétitifs au-dessus de l'horizontal. Outre les deux sinistres précités, le médecin d'arrondissement a considéré que la tendinopathie du sus-épineux avec bursite sous-acromiale de l'épaule gauche était d'origine dégénérative, et par conséquent pas en relation avec les deux traumatismes précités de sorte que cette atteinte n'était pas à la charge de la SUVA.
72. Le 3 novembre 2014, la Dresse R_____ a évalué à 25% l'atteinte à l'intégrité résultant de l'accident du 1^{er} juillet 2010 (20% pour les douleurs moyennes à importantes et 5% pour la spondylodèse).
73. La SUVA a informé l'assuré, par courrier du 6 novembre 2014, qu'elle allait mettre fin au paiement de la plupart des soins médicaux relatifs aux troubles du rachis et à ceux de l'épaule droite compte tenu du fait qu'il n'y avait plus lieu d'attendre une amélioration notable de la continuation du traitement médical. Dès lors qu'il y avait une capacité de travail résiduelle, l'assuré devait mettre en valeur sa capacité de travail restante par l'exercice d'une activité adaptée. Afin de lui permettre de retrouver un poste de travail adapté, par ses propres moyens ou par l'intermédiaire

de l'OAI, la SUVA allait continuer à verser les indemnités journalières jusqu'au 28 février 2015. À cette date, le droit à une rente d'invalidité allait être examiné.

74. Le 18 décembre 2014, le docteur S_____, médecin praticien FMH auprès du service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) a considéré que l'activité habituelle n'était plus exigible mais que dans une activité adaptée, l'assuré était capable de travailler à 100% dès le 8 août 2012, date où le Dr F_____ l'a déclaré apte au travail du point de vue psychiatrique. Le pronostic de réinsertion était défavorable compte tenu des facteurs non-médicaux et des nombreux facteurs défavorables de chronicisation chez un patient attribuant sa baisse de moral à sa situation physique et à ses douleurs. Etant donné que l'assuré ne travaillait plus depuis quatre ans, il était souhaitable de présenter le dossier à la permanence de réadaptation afin d'évaluer une réaccoutumance au travail.
75. Le même jour, l'OAI a procédé au calcul du taux d'invalidité, qu'il a arrêté à 14,49% en prenant en considération une capacité de travail entière dans une activité adaptée et un abattement de 10%.
76. Le 27 janvier 2015, l'OAI a soumis à l'assuré un projet à teneur duquel une rente entière lui était allouée du 1^{er} juillet 2011 au 30 novembre 2012.
77. Par décision du 18 février 2015, la SUVA a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité de 14% ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 37,5% compte tenu des seules atteintes physiques, l'atteinte psychique, pour autant qu'elle atteigne le seuil de diagnostic, n'étant pas en lien de causalité avec les accidents assurés.
78. L'assuré a formé « opposition » au projet en date du 9, complété le 12 mars 2015, relevant qu'aucune expertise n'avait été ordonnée afin de confirmer l'appréciation du SMR, étant précisé que le chirurgien orthopédique retenait une incapacité totale de travailler dans toute activité. À cela s'ajoutait le fait que l'aspect psychologique avait totalement été occulté.
79. Le 31 mars 2015, l'assuré a transmis à l'OAI le rapport du Dr I_____ du 30 mars 2015 et son annexe, un rapport provisoire de la clinique genevoise de Montana, daté du 24 février 2015. Selon le Dr I_____, l'assuré souffrait d'épisodes dépressifs récurrents, sévères, moyens et parfois légers. Son état psychique s'était amélioré suite à une prise en charge thérapeutique et pharmacologique, avec bonne compliance. En effet, l'état de stress post-traumatique avait guéri et les épisodes dépressifs sévères avaient laissé place à des épisodes légers et moyens, entrecoupés de brèves périodes de rémission partielle. Lors de la rédaction du rapport, l'assuré présentait des épisodes dépressifs récurrents moyens, pour lesquels il a été hospitalisé à la clinique genevoise de Montana du 10 au 24 février 2015. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : troubles de la concentration, isolement social et ralentissement psychomoteur avec aboulie, de sorte que sa capacité de travail restait nulle. En raison d'une situation familiale instable, dans le contexte d'un conflit conjugal chronicisé, l'état psychique de l'assuré n'était pas stabilisé. À l'issue de son séjour à la clinique précitée, les diagnostics de trouble

dépressif récurrent, épisode actuel modéré, et de lombo-sciatalgies chroniques, ont été posés.

80. Par courrier du 14 avril 2015, l'assuré a encore transmis à l'OAI le rapport du Dr Q_____, du 24 mars 2015, dans lequel ce praticien a fait état de lombalgies intenses et chroniques post-traumatiques ainsi que de douleurs à l'effort de l'épaule droite suite à la chute du 18 mars 2013. À titre de diagnostics, le chirurgien orthopédiste précité a fait état de séquelles de fractures multiples des vertèbres lombaires opérées le 5 juillet 2010, séquelles de déchirures du tendon du sus-épineux de l'épaule droite et dépression réactionnelle, étant précisé que les lombalgies et les douleurs de l'épaule droite étaient directement liées aux accidents successifs des 1^{er} juillet 2010 et 18 mars 2013. S'agissant des limitations fonctionnelles, le Dr Q_____ a mentionné des douleurs lombaires intenses en position debout, l'impossibilité de marcher plus de 300 à 400 mètres, l'absence de résistance à l'effort et l'impossibilité de maintenir une activité soutenue (en lien avec les troubles du rachis) et de soulever un objet même léger ainsi que des douleurs constantes en activité et au repos (en lien avec l'épaule).

Dans le courrier d'accompagnement, l'assuré a considéré que compte tenu des appréciations des Drs Q_____ et I_____, le projet de décision du 27 janvier 2015 était infondé et une expertise bidisciplinaire (psychiatrique et orthopédique) devait être ordonnée.

81. Dans un avis non daté, le Dr S_____ a considéré que les Drs Q_____ et I_____ n'apportaient aucun fait nouveau. L'aggravation sur le plan psychique ayant conduit à l'hospitalisation du 10 au 24 février 2015 était de courte durée. Sur le plan somatique, il fallait s'aligner à l'évaluation de la SUVA, laquelle était notamment basée sur le séjour à la CRR, au cours duquel les médecins avaient constaté un mauvais pronostic de réinsertion en fonction d'éléments paramédicaux.
82. Le 22 juin 2015, la SUVA a écarté l'opposition de l'assuré, considérant notamment que l'appréciation du médecin d'arrondissement et des médecins de la CRR revêtait une pleine valeur probante, au contraire de l'avis du médecin traitant de l'assuré, de sorte qu'il n'y avait pas lieu de s'en écarter. Il convenait ainsi de retenir que l'assuré était totalement capable de travailler dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues. Enfin, le taux d'invalidité de 14,4% était conforme aux principes jurisprudentiels applicables en la matière.

Un recours a été introduit à l'encontre de cette décision (procédure A/2825/2015) et la cause a été renvoyée à la SUVA pour instruction complémentaire (voir ATAS/478/2016 du 21 juin 2016).

83. Par décisions du 21 septembre 2015, l'OAI a mis l'assuré au bénéfice d'une rente entière d'invalidité pour la période du 1^{er} juillet 2011 au 30 novembre 2012 et octroyé deux rentes pour enfant liées à la rente du père pour chacun de ses deux enfants.

84. Le 22 octobre 2015, l'assuré (ci-après : le recourant) a interjeté recours contre les décisions du 21 septembre 2015, concluant, sous suite de frais et dépens, préalablement à la jonction des causes, à l'audition des Drs Q_____, I_____ et le docteur T_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie ainsi qu'à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire (orthopédique, psychiatrique, neuropsychologique et neurologique), principalement, à l'annulation des décisions du 21 septembre 2015 et, cela fait, à la constatation de son incapacité totale de travailler dans une activité quelle qu'elle soit et, par conséquent, à son invalidité à 100% dès le 1^{er} mars 2015, ainsi qu'au versement d'une rente entière d'invalidité. À l'appui de ses conclusions, le recourant s'est tout d'abord étonné de l'absence d'instruction indépendante de l'OAI, cet office s'étant intégralement fondé sur l'instruction de la SUVA quand bien même leurs missions étaient différentes. Or, il y avait un clivage important entre les différents médecins l'ayant examiné. À cela s'ajoutait le fait que la SUVA n'avait mis en œuvre aucune expertise pour départager les avis des médecins d'arrondissement et médecins de la CRR d'un côté et des médecins traitants de l'autre. Contrairement aux affirmations de la SUVA, les médecins traitants revêtaient la qualité de spécialistes dans leurs domaines de compétence, dont les avis étaient confirmés par les médecins des HUG. Par ailleurs, alors que la CRR retenait une pleine capacité de travail sur le plan physique et ce dès le mois de juillet 2011, les médecins des HUG attestaient d'une totale incapacité de travail. Le rapport provisoire de la clinique genevoise de Montana constituait un élément de plus permettant de douter de la valeur probante du rapport de la CRR, dont les conclusions étaient incompatibles avec les constatations et conclusions d'autres spécialistes. Il était également incompréhensible que le SMR ait arrêté la reprise d'une pleine et entière capacité de travail au 8 août 2012 alors qu'en date du 9 juillet 2014, le médecin d'arrondissement de la SUVA retenait encore une incapacité de travailler de 50% du point de vue psychique. Compte tenu de ces éléments, l'OAI devait mettre en œuvre une expertise pour départager les avis. Une telle expertise devrait être multidisciplinaire, orthopédique, psychiatrique et neuropsychologique dès lors que certains éléments du dossier montraient des atteintes neuropsychologiques. Un avis neurologique était vraisemblablement également nécessaire compte tenu des douleurs et des lésions cérébrales mises en évidence par l'IRM.

Enfin, le recourant sollicitait la jonction de l'instruction de la cause avec la procédure A/2825/2015 pendante entre la SUVA et lui-même.

En annexe au recours figuraient notamment les pièces suivantes :

- Un rapport du centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur (centre d'étude de la douleur), daté du 14 octobre 2014 et faisant suite aux examens des 2 septembre et 14 octobre 2014, dans lequel les diagnostics suivants ont été posés : lombalgies chroniques et lombo-sciatalgies gauche intermittentes, tendinopathie du muscle sus-épineux gauche, coxalgie gauche sur possible arthrose secondaire, avec infiltration sous échographie de la hanche

gauche par cortisone le 19 décembre 2012, lombo-sciatalgie L5 gauche dans un contexte de conflit disco-ostéophytaire en 2012, migraines, status post chute accidentelle d'une hauteur d'environ 9,5 mètres le 1^{er} juillet 2010 avec TCC avec amnésie circonstancielle, de degré modéré, avec légers troubles neuropsychologiques, régressifs, fractures étagées des apophyses transverses droites de L1 à L5 et fracture de l'apophyse transverse gauche de L5 avec hématome du psoas, status post-fixation percutanée L1-L3 suite à une fracture burst de L2, ASIA E, le 1^{er} juillet 2010, status après ablation du matériel d'ostéosynthèse L1-L3 avec des vis cassées au niveau de L3 le 15 janvier 2014 ; malformation de la tête fémorale gauche d'origine indéterminée (ancien Perthes probable), calcul urinaire droit en janvier 2014 ; crises d'épilepsie généralisées dans l'enfance (absence de crises depuis 20 ans), sans traitement de fond ; status après opération méniscale des deux genoux, il y a environ 20 ans, tabagisme actif 30 UPA.

L'examen clinique avait notamment objectivé une amyotrophie du quadriceps gauche, avec une discrète parésie à ce niveau et une hypoesthésie touchant l'ensemble de la jambe gauche. Dans la mesure où la dernière IRM post-opératoire de juillet 2014 avait montré des atteintes discales au niveau L2-L3 et L4-L5 avec des signes de conflit avec la racine de L4, les médecins proposaient d'effectuer un nouvel ENMG dans le but d'étudier l'existence d'une atteinte radiculaire, laquelle serait susceptible d'expliquer une partie des douleurs et des constatations cliniques. Cela étant, les médecins du centre d'étude de la douleur ont également relevé que des douleurs intenses vécues sur une longue période menaient à un phénomène de sensibilisation centrale, avec diminution du seuil des douleurs, ce qui rendait le traitement des douleurs encore plus compliqué.

- une attestation du docteur T_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, datée du 14 octobre 2015, à teneur de laquelle le recourant bénéficiait d'un suivi psychiatrique et psychothérapeutique régulier depuis 2010 en raison d'un ESPT dans un premier temps puis en raison d'épisodes dépressifs récurrents sévères, moyens ou légers, entrecoupés par des rémissions partielles suivies de rechutes. Lors de la rédaction du certificat, le recourant présentait une rechute dépressive sévère, sous la forme d'un épisode dépressif récurrent sévère, sans symptômes psychotiques (F33.2) suite à un conflit conjugal récent, sa compagne lui ayant demandé de déménager provisoirement de leur appartement, en raison de la modification de sa personnalité à cause des épisodes dépressifs récurrents. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : aboulie, troubles de la concentration, isolement social et affectif majeur, ralentissement psychomoteur sévère, idées suicidaires, de sorte que la capacité de travail était nulle.

85. Deux procédures ont été ouvertes suite au recours du 22 octobre 2015, celui-ci étant dirigé contre les deux décisions du 21 septembre 2015 (procédures A/3694/2015 et A/3695/2015).

86. Par réponse du 19 novembre 2015, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée, relevant tout d'abord que la notion d'invalidité était en principe identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance-militaire et d'assurance-invalidité. L'intimé a ensuite rappelé qu'en se fondant sur les mêmes pièces que la SUVA et notamment sur le rapport de la CRR du 15 octobre 2014, il était arrivé à la même conclusion s'agissant du taux d'invalidité. Concernant les troubles psychiques, le Dr T_____ effectuait, dans son rapport du 14 octobre 2015, une appréciation divergente d'une même situation médicale, demeurée inchangée. S'agissant plus précisément du trouble dépressif, il était consécutif à un conflit conjugal. Or, dans la mesure où elles étaient essentiellement de nature réactionnelle, de telles atteintes étant réputées ne pas être durablement incapacitantes conformément à la jurisprudence fédérale.
87. Par ordonnance du 10 décembre 2015, la chambre de céans a joint les procédures A/3694/2015 et A/3695/2015.
88. Le recourant a produit sa réplique en date du 19 janvier 2016, persistant dans ses conclusions. Il ne contestait pas l'uniformité de la notion d'invalidité mais le fait que l'OAI ait simplement repris le résultat de l'instruction effectuée par la SUVA, sans procéder à ses propres investigations et sans examiner le dossier sous l'angle des conditions applicables en matière d'assurance-invalidité. Le recourant a également noté que les rapports de ses médecins traitants étaient notamment corroborés par les rapports du Centre multidisciplinaire de la douleur et par le séjour à la clinique genevoise de Montana. Enfin, l'OAI errait en considérant que le trouble dépressif était consécutif à un conflit conjugal. En effet, il bénéficiait d'un suivi psychiatrique et psychothérapeutique régulier depuis 2010 en raison d'un état de stress post-traumatique en premier lieu puis pour des épisodes dépressifs récurrents sévères, moyens ou légers, entrecoupés de rémissions partielles, suivies de rechutes. Le récent conflit conjugal était responsable de l'aggravation des symptômes mais non du trouble lui-même, étant en outre précisé que la crise de couple était consécutive à un changement de personnalité du recourant depuis son accident. Récemment, le recourant avait dû être hospitalisé d'urgence à la clinique de Belle-Idée dès le 12 janvier 2016.
- En annexe figurait une attestation du Dr T_____ et de Monsieur P_____ du 18 janvier 2016, dans laquelle le diagnostic de rechute dépressive sévère sans symptômes psychotiques (F33.2) était posé, avec la précision que celui-ci avait nécessité une prise en charge urgente, suivie d'une hospitalisation psychiatrique à Belle-Idée dès le 12 janvier 2016.
89. Par courrier du 9 février 2016, l'intimé a rappelé que selon la jurisprudence, un avis divergeant des médecins traitants ne justifiait pas en soi une nouvelle expertise.
90. Le recourant a indiqué, en date du 23 février 2016, que l'OAI n'avait jamais diligenté la moindre expertise de sorte que la jurisprudence en matière d'expertise complémentaire ne trouvait application.

91. Le 15 octobre 2015, le recourant a encore relevé qu'en date du 9 juillet 2014, le Dr F_____ retenait un état dépressif d'intensité moyenne justifiant une incapacité de travail de 50% environ. Il paraissait dès lors douteux que seulement deux mois après, la CRR puisse conclure à l'existence d'un trouble de l'humeur persistant, n'atteignant pas le seuil diagnostique et sans valeur incapacitante.
92. Après échange des écritures, la cause a été gardée à juger.

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) 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-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'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.
4. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité au-delà du 30 novembre 2012, singulièrement sur la valeur probante des rapports médicaux au dossier.
5. a. À titre liminaire, il y a lieu de rappeler que selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; ATF 125 V 413 consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'article 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5; ATF 113 V 273 consid. 1a; arrêt du Tribunal fédéral 9C_1006/2010 du 22 mars 2011 consid 2.2).

b. L'art. 17 al. 1^{er} LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1^{er} janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 consid. 3; ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à une accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 141 V 9 consid. 2.3; arrêt du Tribunal fédéral 9C_622/2015 consid. 4.1). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3; ATF 112 V 371 consid. 2b; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2).

Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

6. 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 la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). 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 1^{er} janvier 2008).

7. En vertu de 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.

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. 28a al. 1 LAI).

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).

8. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. À cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294, consid. 4c, ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2).

9. En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).
10. a. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). 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).

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. 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).

b. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b).

b/aa. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur 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 (ATF 125 V 251 consid. 3b/ee). Le seul fait que les médecins de l'assurance sont employés de celle-ci ne permet pas de conclure à l'existence d'une prévention et d'un manque d'objectivité. Si un cas d'assurance est jugé sans rapport d'un médecin externe à l'assurance, l'appréciation des preuves doit être soumise à des exigences strictes. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 122 V 157 consid. 1d; ATF 123 V 175 consid. 3d; ATF 125 V 351 consid. 3b ee; ATF 135 V 465 consid. 4.4; arrêt du Tribunal fédéral 8C_588 /2015 du 17 décembre 2015 consid. 2).

En application du principe de l'égalité des armes, l'assuré a le droit de présenter ses propres moyens de preuve pour mettre en doute la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance. Il s'agit souvent de rapports émanant du médecin traitant ou d'un autre médecin mandaté par l'assuré. Ces avis n'ont pas valeur d'expertise et, d'expérience, en raison de la relation de confiance liant le patient à son médecin, celui-ci va plutôt pencher, en cas de doute, en faveur de son patient. Ces constats ne libèrent cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (arrêt 8C_408/2014 et 8C_429/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2). À noter, dans ce contexte, que le simple fait qu'un avis médical divergent - même émanant d'un spécialiste - ait été produit ne suffit pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

b/bb. Dans la mesure où ils sont requis par la SUVA, les avis médicaux de la Clinique de réadaptation de Bellikon ne constituent pas des expertises de spécialistes indépendants de sorte que l'art. 44 LPGA n'est pas applicable (ATF 136 V 117 consid. 3.4). Il en va de même des avis médicaux de la Clinique romande de réadaptation.

b/cc. Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d).

L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

b/dd. Un rapport du SMR au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPG) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées).

c. Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPG ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 8C_923/2010 du 2 novembre 2011 consid. 5.2).

11. a. 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).

b. 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). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence en ce sens que lorsque les instances cantonales de recours constatent qu'une instruction est nécessaire parce que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise, elles sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment 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).

12. En l'espèce, l'OAI s'est fondé sur le rapport de la CRR du 15 octobre 2014 ainsi que sur les brefs avis de son SMR pour octroyer des rentes limitées dans le temps au recourant et en faveur de ses enfants. La question qui se pose est dès lors celle de savoir si ces documents disposent d'une pleine valeur probante.

a/aa. À titre liminaire, il y a lieu de relever que dans la mesure où il a été requis par la SUVA, le rapport de la CRR ne constitue pas une expertise au sens de l'art. 44 LPG (voir ATF 136 V 117). Cela ne lui ôte cependant pas toute valeur probante. En effet, ni l'origine, ni la désignation ne sont déterminants pour la valeur probante d'un rapport médical, mais son contenu. Partant, il y a lieu d'examiner si ledit rapport répond aux réquisits jurisprudentiels en la matière.

a/bb. Cela étant précisé, force est de constater que si les médecins de la CRR ont pris en considération les plaintes du recourant, qu'ils ont au demeurant brièvement résumées dans leur rapport du 15 octobre 2014, ils n'ont pas établi d'anamnèse de sorte qu'on ne sait pas s'ils ont eu accès à l'intégralité du dossier médical du recourant, celui-ci n'y étant pas résumé. Bien plus, des doutes subsistent à ce propos, dès lors que certains rapports d'imagerie, tels que l'IRM cervicale du 28 janvier 2011 ou encore le SPECT/CT du 16 janvier 2012, ne sont pas cités et que les atteintes mises en évidence lors de ces examens n'ont pas été prises en considération à titre de diagnostics. Ainsi en est-il des discopathies L1-L2 et L2-L3, lesquels ressortent du rapport relatif au SPECT/CT effectué le 16 janvier 2012 ou encore de la protrusion discale C5-C6 en contact avec la racine C6 droite associée à une surcharge facettaire et de la discopathie circonférentielle avec protrusion

discale gauche à l'étage C6-C7, notamment, lesquelles ont été illustrées par l'IRM cervicale du 28 janvier 2011.

Il existe également des doutes quant au caractère complet des examens effectués par les médecins de la CRR. En effet, dans le rapport du 15 octobre 2014, les médecins de la CRR ont fait état d'un trouble de l'humeur, toutefois insuffisant pour que le diagnostic d'état dépressif puisse être posé. Or, le rapport précité ne précise à aucun moment le nom du médecin ayant examiné le recourant. On ne sait donc pas si l'examen a été réalisé par un médecin spécialisé en psychiatrie, ce qui a une incidence sur la valeur probante du rapport (voir notamment arrêt du Tribunal fédéral 9C_270/2007 du 12 août 2008 consid. 3.3). Le rapport ne détaille pas non plus les symptômes évoqués ainsi que les constatations objectives permettant d'arriver à la conclusion précitée. Or, deux mois auparavant, le Dr F_____ avait admis une capacité de travail de 50% en raison des troubles psychiques sur la base des appréciations du Dr I_____. Il paraît ainsi pour le moins surprenant que la situation ait évolué à tel point qu'il n'y ait plus aucun trouble psychique d'une intensité suffisante pour être incapacitant.

La chambre de céans est également d'avis que les points litigieux importants du dossier n'ont pas fait l'objet d'une étude circonstanciée. En effet, les conséquences des atteintes dégénératives (rachis, hanche, épaule gauche) sur la capacité de travail n'ont tout simplement pas été examinées. En outre, il est surprenant qu'au vu de la persistance de douleurs importantes, prétendument non explicables sur le plan somatique, des investigations sur le plan psychique n'aient pas été menées afin de confirmer l'allégation desdites douleurs par un diagnostic psychiatrique.

Enfin, les conclusions des médecins de la CRR ne sont pas motivées. On ne sait ainsi pas pour quels motifs les plaintes et limitations fonctionnelles du recourant, s'agissant notamment du rachis, ne s'expliqueraient pas principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour - alors qu'il est établi qu'il souffre d'atteintes radiculaires au niveau des lombaires - et pour quels motifs des facteurs contextuels (absence de qualifications professionnelles et éloignement du monde du travail depuis 2010) joueraient un rôle plus important, influençant défavorablement le retour au travail. En outre, on ne comprend pas non plus pourquoi les limitations fonctionnelles retenues par les médecins de la CRR sont moins importantes à l'issue du séjour en 2014 (pas de port de charges répété de plus de 5 à 10 kg et pas d'activités nécessitant le maintien d'une position statique debout ou assise) qu'en 2011 (pas de port de charges au-delà de 10 à 15 kg, pas de travaux en porte-à-faux, pas de travail nécessitant des positions prolongées ni de travaux prolongés au sol ou imposant des mouvements de flexion-torsion du tronc), alors que l'état de santé du recourant s'est aggravé s'agissant du rachis avec l'apparition ou l'aggravation d'atteintes dégénératives et qu'une atteinte aux deux épaules est venue s'ajouter aux atteintes du rachis. Si le caractère lacunaire du rapport a implicitement été relevé par la Dresse R_____, laquelle a complété les limitations fonctionnelles retenues par la CRR en y incluant les suivantes afin de tenir compte de l'atteinte à

l'épaule : pas de port de charges au-dessus de l'horizontale supérieures à 10 kg de manière fréquente et pas de mouvements répétitifs au-dessus de l'horizontal, le SMR n'en fait aucunement mention.

a/cc. Compte tenu des considérations qui précèdent, force est de constater que le rapport de la CRR du 15 octobre 2014 est dénué de toute valeur probante de sorte que l'OAI ne pouvait se fonder sur lui pour fixer le taux d'invalidité et octroyer une rente limitée dans le temps, l'état de santé du recourant n'étant pas suffisamment instruit.

b. S'agissant des brefs avis du SMR établis par le Dr S_____, force est de constater qu'ils ne contiennent aucune nouvelle conclusion médicale mais portent en réalité une appréciation sur celles déjà existantes et plus particulièrement sur les conclusions du rapport de la CRR du 15 octobre 2014, dont ils reprennent en substance les conclusions. Or, comme on l'a vu précédemment, le rapport de la CRR précité est dénué de toute valeur probante, étant notamment lacunaire. Dans ces circonstances, les brefs avis du SMR ne peuvent être pris en considération pour examiner la capacité de travail du recourant.

c. Par conséquent, force est de constater que le dossier soumis à la chambre de céans a été instruit de manière sommaire et lacunaire par l'intimé. En effet, comme cela a été relevé ci-dessus, le rapport de la CRR ne se prononce à aucun moment sur les atteintes dégénératives dont souffre le recourant et l'aspect psychique n'a fait l'objet d'aucune instruction approfondie. La chambre de céans n'est ainsi pas en mesure, en l'état actuel du dossier, de tirer des conclusions définitives quant aux atteintes à la santé du recourant et leurs répercussions sur la capacité de travail.

Dans ces circonstances, il y a lieu de renvoyer la cause à l'intimé pour que celui-ci mette en place une expertise pluridisciplinaire, orthopédique et psychiatrique, laquelle devra se prononcer de manière circonstanciée sur toutes les atteintes dont souffre le recourant. Par ailleurs, il appartiendra aux experts nommés par l'intimé de s'adjoindre le cas échéant les services d'un neuropsychologue si le besoin s'en fait ressentir.

13. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et les décisions des 21 septembre 2015 seront annulées. Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 1'500.- 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]). Étant donné que, depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement et annule les décisions du 21 septembre 2015.
3. Cela fait, renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants.
4. Alloue au recourant une indemnité de procédure de CHF 1'500.-, à la charge de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève.
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

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