

GE_GERICHTE ATAS/656/2016 vom 22. August 2016

GE Cour de justice, 2016-08-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_656_2016

FR: GE_GERICHTE ATAS/656/2016 du 22 août 2016

IT: GE_GERICHTE ATAS/656/2016 del 22 agosto 2016

Erwägungen

E. 26

La doctoresse P_____, médecin au SMR, a relevé dans son avis du 5 février 2015 que l'assuré était apte à la réadaptation dès le mois d'octobre 2013. Une reprise progressive du travail aurait permis l'exercice d'une activité adaptée à 100 %. Aucun trouble d'ordre psychiatrique n'avait été constaté lors de son séjour à la CRR.

E. 27

Le 13 février 2015, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision niant le droit aux prestations. Il a indiqué que le revenu sans invalidité, fixé sur le revenu selon l'ESS 2010 (TA7 Total homme, domaine 11, niveau 4), était de CHF 64'425.- après indexation en 2012. Il a ensuite indiqué que le revenu sans invalidité était de CHF 64'896.-, ce qui comparé au revenu avec invalidité de CHF 56'404.- établi conformément au calcul du 4 novembre 2014, aboutissait à un degré d'invalidité de 13 % à l'issue du délai d'attente d'une année, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente ou à des mesures de reclassement.

E. 28

Par décision du 25 mars 2015, l'OAI a confirmé les termes de son projet.

E. 29

Par écriture du 19 avril 2015, l'assuré a interjeté recours contre la décision de l'OAI. Il a conclu, sous suite de dépens, préalablement à l'octroi d'un délai pour compléter son recours, à son audition et à l'audition de témoins, dont son médecin traitant, et sur le fond à l'annulation de la décision et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Le recourant a allégué qu'il percevait un revenu mensuel brut de CHF 6'350.- dans sa dernière activité en qualité de gérant de la société F_____ Sàrl. Il a contesté disposer d'une capacité de travail dans une activité adaptée, soutenant que ses limitations fonctionnelles impliquaient une incapacité de travail dans toute activité. Il a invoqué une violation de son droit d'être entendu eu égard à la motivation lacunaire de la décision litigieuse. Il s'étonnait enfin que l'intimé n'ait pas tenu compte de ses revenus effectifs pour déterminer son revenu sans invalidité.

E. 30

Dans sa réponse du 26 mai 2015, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a contesté une violation du droit d'être entendu du recourant, ce dernier ayant été informé par le biais du projet de décision du refus de prestations et ayant eu l'opportunité de faire valoir son droit d'être entendu et de consulter le dossier à ce moment. La motivation n'était pas non plus à tel point insuffisante qu'elle violerait le droit d'être entendu du recourant. S'agissant de la capacité de travail du recourant, il n'existait aucun motif de s'écarter des conclusions de l'avis de la SUVA. Une capacité de travail complète dans une activité adaptée était

objectivement exigible dès le 18 mars 2014. En ce qui concernait le revenu sans invalidité, au vu de la cessation de l'activité lucrative indépendante, la méthode générale de comparaison des revenus était applicable. Les éléments économiques du dossier ne permettaient pas de déterminer de manière fiable les revenus réalisés avant l'atteinte à la santé. C'était ainsi à juste titre que l'intimé s'était fondé sur des revenus statistiques.

E. 31

Par écriture du 22 juin 2015, le recourant a complété son recours et s'est déterminé sur la réponse de l'intimé en persistant dans ses conclusions. Il a souligné que le

A/1277/2015 - 9/20 - Dr D_____ avait relevé un état dépressif sévère dans son rapport du 26 décembre 2013. Le recourant était suivi depuis deux ans par le docteur Q_____, spécialiste FMH en psychiatrie, dont il demandait l'audition. Le recourant a sollicité un délai de 15 jours pour produire un rapport de ce médecin. Il a fait grief à l'intimé de ne pas avoir tenu compte de son état psychique, l'avis du SMR du 5 février 2015 ne tenant pas compte du certificat du Dr D_____ du 26 décembre 2013.

E. 32

Par duplique du 1er juillet 2015, l'intimé a persisté dans ses conclusions. Il a soutenu que le tableau clinique était dominé par une problématique physique, se référant au consilium psychiatrique réalisé à la CRR excluant des troubles psychiques. La mise en valeur de la capacité de travail totale du recourant dans une activité adaptée était exigible.

E. 33

Par courrier du 8 juillet 2015, la chambre de céans a octroyé un délai au 23 juillet 2015 au recourant pour produire le rapport du Dr Q_____, délai prorogé au 25 août 2015 par courrier du 28 juillet 2015.

E. 34

Le 12 août 2015, le recourant a produit un rapport psychologique établi par Madame R_____, psychologue FSP, en date du 10 août 2015. Il a déclaré maintenir ses conclusions. Dans la pièce jointe à son envoi, la psychologue a relaté suivre le recourant depuis deux ans pour une psychothérapie cognitivo-comportementale. Durant cette période, l'état du recourant, aussi bien physique que psychique, s'était détérioré. Elle a décrit les difficultés sociales rencontrées durant ce laps de temps, en indiquant que le recourant s'était senti très coupable. Il était entré dans un état dépressif majeur. Il avait perdu tout espoir, était très angoissé et souffrait d'un fort sentiment de culpabilité. Il avait perdu toute joie de vivre. Il évitait les contacts avec ses proches et négligeait son habillement et son hygiène. La psychologue doutait qu'une amélioration de l'état de santé du recourant fût possible.

E. 35

Par courrier du 19 août 2015, la chambre de céans s'est étonnée de la production d'un rapport établi par une psychologue, alors que l'audition du Dr Q_____ avait été sollicitée et qu'un rapport de ce spécialiste avait été annoncé. Elle a invité le recourant à lui faire parvenir un rapport du psychiatre traitant.

E. 36

Par courrier du 6 octobre 2015, la chambre de céans a imparti un délai au 16 octobre 2015 au recourant pour produire un rapport du Dr Q_____.

E. 37

Le recourant s'est exécuté le 7 octobre 2015. Il a indiqué qu'il renonçait à l'audition de son psychiatre et s'en remettait à l'appréciation de la chambre de céans s'agissant de l'opportunité d'entendre Mme R_____. Dans son rapport joint du 23 septembre 2015, le Dr Q_____ a indiqué que le recourant souffrait d'un état dépressif majeur et d'un état de stress post-traumatique. Il s'était présenté trois fois à la consultation du Dr Q_____, et avait bénéficié d'un traitement médicamenteux qui avait paru efficace lors de la dernière consultation à la mi-juin 2015.

A/1277/2015 - 10/20 -

E. 38

La chambre de céans a entendu les parties lors de l'audience du 26 octobre 2015. Interpellée par la chambre de céans, la représentante de l'intimé a précisé que le revenu sans invalidité à prendre en compte était de CHF 64'425.- et non de CHF 64'896.-, comme indiqué dans la décision entreprise. Le recourant a indiqué qu'il ne pouvait toujours pas travailler. Au plan physique, il subissait certaines limitations, dont l'obligation de fréquemment changer de position. Il avait mis 5 minutes pour gravir les escaliers menant à la salle d'audience. S'agissant de sa capacité à porter des poids, il pouvait porter des poids de dix kilos debout, mais ne pouvait les soulever s'il devait se baisser pour le faire. Il éprouvait également des difficultés sur le plan psychique. Il était suivi depuis deux ans par un psychiatre et une psychologue. Il avait toujours aimé le travail et aimé progresser dans la vie. Depuis que cet accident est survenu, le recourant pensait beaucoup à ce qui lui arrivait. Il ne supportait pas le fait de ne plus pouvoir aller de l'avant. La nuit, il ressentait des bruits dans la tête et avait l'impression que celle-ci exploserait. Sur le plan intime, il n'avait plus d'envie et ne dormait plus avec sa femme. Il était suivi par Mme R_____ depuis qu'il était rentré de l'hôpital après l'accident. Il avait vu le Dr Q_____ pour la première fois au mois de mai. Il n'avait pas de problème particulier pour lire le journal, qu'il pouvait parcourir pendant plusieurs minutes. Il a indiqué que ses maux de dos n'étaient actuellement pas très forts, mais ils le dérangaient et l'énervaient car il devait sans cesse changer de position. Il n'avait pas recherché de travail correspondant à ses limitations car il n'en n'avait pas envie. La représentante de l'intimé a souligné que les limitations physiques évoquées par le recourant étaient connues et qu'elles avaient toutes été prises en compte dans l'évaluation de sa capacité de travail. Elle a encore corrigé une erreur dans l'écriture du 26 mai 2015 : la capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée était exigible depuis octobre 2013 et non depuis le 18 mars 2014. A l'issue de l'audience, les parties ont renoncé à d'autres mesures d'instruction. Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. La LPGA, entrée en force le 1er janvier 2003, est applicable à la présente procédure. 3. Le recours a été déposé dans les délai et forme prévus par la loi (art. 56ss LPGA).

A/1277/2015 - 11/20 - 4. L'objet du litige dans la procédure administrative contentieuse est le rapport juridique qui dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué.

D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige. Les questions qui - bien qu'elles soient visées par la décision administrative et fassent ainsi partie de l'objet de la contestation - ne sont plus litigieuses, d'après les conclusions du recours, et qui ne sont donc pas comprises dans l'objet du litige, ne sont examinées par le juge que s'il existe un rapport de connexité étroite entre les points non contestés et l'objet du litige (arrêt du Tribunal fédéral 9C_441/2008 du 10 juin 2009 consid. 2.2). Le recourant ayant exclusivement contesté la négation du droit à la rente, c'est uniquement ce point - à l'exclusion du refus de mesures professionnelles - qui fait l'objet du litige. 5. Aux termes de l'art. 8 al. 1er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. En vertu de l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI). En vertu de l'art. 28 al. 1er LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à

E. 40

% au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à

A/1277/2015 - 12/20 - 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins. 6. L'invalidité est une notion économique et non médicale, où sont prises en compte les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de gain (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 15/06 du 21 décembre 2006 consid. 2.2). La notion d'invalidité définie à l'art. 8 LPGA, est en principe identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité (ATF 126 V 288 consid. 2d ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 853/05 du 28 décembre 2006 consid. 4.1.1). Si le Tribunal fédéral a confirmé le caractère uniforme de la notion d'invalidité dans les différentes branches d'assurance, il a renoncé à la pratique consistant à accorder en principe plus d'importance à l'évaluation effectuée par l'un des assureurs sociaux, indépendamment des instruments dont il dispose pour instruire le cas et de l'usage qu'il en a fait dans un cas concret. Certes, il faut éviter que des assureurs

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

A/1277/2015 - 13/20 - assuré, ce qui explique que les degrés d'invalidité auxquels aboutissent ces deux assureurs sociaux divergent parfois, s'agissant d'un même assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 336/01 du 25 octobre 2002 consid. 2). De plus, pour que l'assurance-invalidité soit liée par l'évaluation de l'assurance-accidents, il faut que celle-ci ait fait l'objet d'une décision passée en force. Tel est le cas si l'entrée en force de la décision de l'assurance-accidents est postérieure à la décision attaquée de l'assurance-invalidité, mais qu'elle est intervenue au cours de la procédure de recours (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 406/01 du 28 novembre 2002 consid. 1.2). Ces principes valent également lorsqu'à l'inverse, la décision de l'assurance-accidents est postérieure à celle de l'assurance-invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 259/00 du 16 mars 2001 consid. 5b). 7. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou d'autres spécialistes doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage

(arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 762/02 du 6 mai 2003 consid. 2.2). b) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3; ATF 122 V 157 consid. 1c). Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d).

A/1277/2015 - 14/20 - c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). d) S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2). 8. L'art. 16 LPGA prévoit que, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Il s'agit là de la méthode dite de comparaison des revenus, qu'il convient d'appliquer aux assurés exerçant une activité lucrative (ATF 128 V 29 consid. 1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 128 V 174 consid. 4a). Le revenu sans invalidité se détermine pour sa part en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'intéressé aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 129 V 222

consid. 4.3.1). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 428/06 du 25 mai 2007 consid. 7.3.3.1). Pour déterminer le revenu d'invalidé de l'assuré, il faut en l'absence d'un revenu effectivement réalisé se référer aux données salariales, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires publiées par l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 75 consid. 3b). Il y a lieu de procéder à une réduction des salaires statistiques lorsqu'il résulte de l'ensemble des circonstances personnelles et

A/1277/2015 - 15/20 - professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité ou catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) que le revenu que pourrait toucher l'assuré en mettant en valeur sa capacité résiduelle de travail est inférieur à la moyenne. La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) (arrêt du Tribunal fédéral 9C_259/2007 du 8 mai 2008 consid. 4.1). Un abattement global maximal de 25 % permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). 9. Pour calculer le degré d'invalidité du recourant, l'intimé a tenu compte d'une capacité de travail totale dans une activité adaptée. En premier lieu, la chambre de céans relève que l'intimé n'a pas indiqué dans sa décision à quelles limitations fonctionnelles l'activité exigible devait être adaptée. Son représentant a toutefois précisé dans sa réponse du 26 mai 2015 qu'il n'y avait pas lieu de s'écarter des conclusions de la SUVA, de sorte qu'on peut comprendre que l'intimé a fait sienne l'appréciation par l'assurance-accidents de la capacité résiduelle de travail du recourant. La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu, garanti à l'art. 29 de la Constitution fédérale (Cst - RS 101), celui d'obtenir une décision motivée. Conformément à ce principe, l'autorité doit indiquer dans son prononcé les motifs qui la conduisent à sa décision (ATF 123 I 31 consid 2c; arrêt du Tribunal fédéral 8C_954/2008 du 29 mai 2009 consid. 3.1). Le destinataire de la décision et toute personne intéressée doit pouvoir la comprendre et l'attaquer utilement en connaissance de cause s'il y a lieu, et l'instance de recours doit pouvoir exercer pleinement son contrôle si elle est saisie (ATF 139 V 496 consid. 5.1). La violation du droit d'être entendu – pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière – est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen. Au demeurant, la réparation d'un vice éventuel ne doit avoir lieu qu'exceptionnellement (ATF 124 V 180 consid. 4a). En l'espèce, si on peut regretter le manque de motivation de la décision de l'intimé, force est d'admettre qu'une éventuelle violation du droit d'être entendu a été réparée par les précisions fournies par l'intimé durant la procédure devant la chambre de céans. Il convient ensuite d'examiner si au plan physique, le recourant présente une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Les médecins de la CRR l'ont implicitement admis – le taux d'activité de 100 % ayant été confirmé par le Dr I_____ dans son avis du 18 mars 2014 – dans un rapport qui satisfait entièrement aux exigences jurisprudentielles exposées ci-dessus. Ledit rapport

A/1277/2015 - 16/20 - contient en effet une anamnèse, relate les plaintes du recourant, se fonde sur des examens cliniques poussés, complétés par plusieurs consultations spécialisées, et pose des diagnostics clairs. Les conclusions des Drs J_____ et K_____ ne présentent en outre aucune contradiction. Il y a donc lieu de reconnaître une pleine valeur probante aux conclusions de ces médecins, selon lesquelles le recourant présente une pleine capacité de travail dans une activité respectant les limitations fonctionnelles qu'ils ont définies. Il n'existe du reste pas de rapport émanant d'un autre médecin qui justifierait que l'on s'écarte des conclusions des Drs J_____ et K_____. En décembre 2013, le Dr D_____ faisait état de limitations fonctionnelles largement superposables à celles retenues par les médecins de la CRR au plan physique. Le médecin traitant n'a d'ailleurs pas exclu d'activité adaptée, se contentant de signaler qu'il n'était pas en mesure de se prononcer sur ce point. Par ailleurs, le Dr E_____ semblait également considérer qu'une reprise du travail était envisageable – moyennant un sevrage médicamenteux. Les déclarations du recourant ne permettent pas non plus de parvenir à une autre appréciation. S'il a annoncé des difficultés, notamment pour gravir des escaliers, il a également déclaré que les douleurs dorsales n'étaient pas très fortes mais le contraignaient à changer de position fréquemment. Or, il s'agit là d'une limitation prise en compte par les Drs J_____ et K_____, puisqu'ils ont proscrit le maintien prolongé de positions.

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

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

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

A/1277/2015 - 17/20 - - la durée anormalement longue du traitement médical, qui ne saurait plus être examinée uniquement en fonction de la durée dudit traitement, mais sur l'existence de traitements continus spécifiques et lourds ; - les douleurs persistantes, qui doivent être importantes, sans interruption et crédibles en regard de l'atteinte qu'elles occasionnent sur la vie de tous les jours ; - les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ; - les difficultés et complications importantes apparues au cours de la guérison; - le degré et la durée de l'incapacité de travail. Il n'est pas nécessaire que soient réunis dans chaque cas tous ces critères à la fois. Suivant les circonstances, un seul d'entre eux peut être suffisant pour admettre l'existence d'une relation de causalité adéquate. Il en est ainsi lorsque l'accident apparaît comme l'un des plus graves de la catégorie intermédiaire ou que l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents

graves. Un seul critère peut en outre suffire lorsqu'il revêt une importance particulière, par exemple dans le cas où l'incapacité de travail est particulièrement longue en raison de complications apparues au cours de la guérison. Lorsque, en revanche, aucun critère ne revêt à lui seul une importance particulière ou décisive, il convient de se fonder sur plusieurs critères. Cela d'autant plus que l'accident est de moindre gravité. Ainsi lorsqu'un accident de gravité moyenne se trouve à la limite de la catégorie des accidents peu graves, les autres circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité puisse être admis (ATF 117 V 369 consid. 4c ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 201/05 du 4 mai 2006 consid. 5.1). En l'espèce, il est patent que les critères précités ne sont pas réalisés, ce qui suffit à dégager la responsabilité de la SUVA dans la prise en charge des conséquences d'un éventuel trouble psychique. Tel n'est cependant pas le cas de l'intimé, qui répond tant des atteintes psychiques malades que de celles entraînées par un événement traumatique. En ce qui concerne l'état psychique du recourant, le Dr L. _____ a exclu l'existence d'un trouble psychique lors du consilium organisé à la CRR. Au plan formel, son rapport n'est cependant pas entièrement conforme aux réquisits jurisprudentiels en matière de rapports médicaux dès lors qu'il ne contient pas tous les éléments nécessaires selon la jurisprudence. De plus, le rapport de ce psychiatre remonte au 26 décembre 2013. Il a donc été établi près de 16 mois avant que la décision de l'intimé ne soit rendue. Ainsi, même s'il fallait admettre le caractère probant du rapport du Dr L. _____, on ne peut exclure que le recourant ait connu une aggravation de son état psychique durant ce laps de temps, que tend à démontrer l'attestation de sa psychologue. Certes, ni ce document ni le rapport du Dr Q. _____ ne revêtent de valeur probante, eu égard notamment à l'absence de conclusions

A/1277/2015 - 18/20 - motivées. Cependant, au vu de leur contenu, on ne peut exclure sans autre mesure d'instruction que le recourant présentait à la date de la décision litigieuse des atteintes psychiques entraînant des répercussions sur sa capacité de travail, étant souligné que la légalité des décisions attaquées s'examine, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision administrative litigieuse a été rendue (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1). Selon la jurisprudence, les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'assurance ne se révèlent pas probantes. Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise demeure possible, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas instruit du tout un point médical (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Tel est le cas en l'espèce. L'intimé n'ayant pas du tout instruit la problématique psychique, il y a lieu de lui renvoyer la cause pour instruction complémentaire sur ce point et nouvelle décision. Par économie de procédure, la chambre de céans examinera d'ores et déjà le grief du recourant ayant trait au revenu sans invalidité. L'intimé s'est référé au revenu statistique dans une activité de plâtrier-peintre. Le recourant fait valoir qu'il aurait réalisé un revenu de CHF 6'350.- dans sa dernière activité en qualité de gérant de la société F. _____ Sàrl, ce qui correspondrait à un salaire annuel de CHF 76'200.- en tenant compte de 12 mensualités. Si les fiches de salaire versées au dossier de la SUVA affichent en effet un revenu de cet ordre, il faut relever que les montants déclarés à l'AVS sont largement inférieurs. L'art. 25 al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité [RAI - RS 831.201] prévoit qu'à l'exception des prestations, éléments de salaire et indemnités mentionnées aux let. a à c de cette disposition, le revenu annuel présumable est celui sur lequel des cotisations ont été versées. Un parallèle est ainsi établi entre le revenu soumis à cotisation de l'assurance-vieillesse et survivants et le revenu à

prendre en considération pour l'évaluation de l'invalidité. Ce parallèle n'a toutefois pas une portée absolue, et la jurisprudence admet des rectificatifs, par exemple lorsqu'il y a eu une variation extraordinaire du revenu (SVR 1999 IV n° 24 p. 71). En l'espèce, compte tenu des discrédances entre les fiches de salaire et le revenu déclaré à l'AVS, le salaire sans invalidité ne peut être déterminé avec précision. C'est ainsi à juste titre que l'intimé s'est référé aux revenus statistiques pour fixer le revenu avant invalidité. En revanche, il lui appartiendra dans son nouveau calcul de tenir compte de l'indexation du revenu sans invalidité non pas jusqu'en 2012 seulement, mais jusqu'à la date dès laquelle une activité adaptée est cas échéant exigible. Sur ce dernier point, la chambre de céans ajoutera, dans l'hypothèse où les mesures d'instruction qui seront entreprises par l'intimé révéleraient que le recourant ne présente pas de trouble psychique influençant sa capacité de travail, qu'on ignore sur quels éléments se fonde l'intimé pour retenir qu'une activité adaptée était possible dès octobre 2013. Ce n'est en effet qu'en janvier 2014 que l'activité

A/1277/2015 - 19/20 - adaptée a pour la première fois été définie, les médecins de la CRR ayant toutefois souligné que l'état du recourant n'était pas tout à fait stabilisé à cette date. Or, la jurisprudence a retenu dans des cas similaires que tant que l'état de santé de l'assuré n'est pas stabilisé, l'examen porte sur la capacité de travail dans l'activité habituelle, et qu'il doit porter sur la capacité de travail exigible dans une activité adaptée depuis sa stabilisation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_881/2010 du 23 août 2011 consid. 3.2 ; ATAS/56/2016 du 27 janvier 2016 consid. 10). Il appartiendra ainsi à l'intimé de déterminer dans la décision à intervenir la date d'exigibilité de l'activité adaptée en fonction de la jurisprudence précitée, en tenant notamment compte des rapports de la CRR et du Dr I_____. 10. Eu égard à ce qui précède, le recours est partiellement admis. Le recourant a droit à des dépens, qui seront fixés à CHF 2'000.- (art. 61 let. g LPG). La procédure en matière d'assurance-invalidité n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 500.-.

A/1277/2015 - 20/20 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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