

GE_GERICHTE A/3401/2014 vom 17. Mai 2016

GE Cour de justice, 2016-05-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3401_2014

FR: GE_GERICHTE A/3401/2014 du 17 mai 2016

IT: GE_GERICHTE A/3401/2014 del 17 maggio 2016

Erwägungen

E. 10

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à AÏRE, représenté par Me Sarah BRAUNSCHEIDT SCHEIDEGGER recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Monsieur A_____ (ci-après: l'assuré ou le recourant), ressortissant péruvien né en 1972, a notamment travaillé en tant que peintre pour B_____ Sàrl. 2. Le 11 février 2013, l'assuré a subi un accident. Des examens radiologiques ont été réalisés le même jour au service de radiologie des Hôpitaux universitaires genevois (HUG), où des fractures multiples des vertèbres C7, D1 et D2 au niveau des apophyses épineuses avec atteinte des lames de C7 (S 12.7) ont été diagnostiquées, ainsi qu'un œdème du ligament interépineux de C5, C6, C7, D1 et D2, une rupture du ligament supra-épineux de D1-D2 avec distraction des apophyses et de D2-D3, et de discrètes fractures-tassements des plateaux supérieurs de D6, D7 et D8. 3. Des examens radiologiques complémentaires réalisés au service de radiologie des HUG le 13 février 2013 ont mis en évidence un alignement préservé des corps vertébraux et une attitude en rectitude du rachis lombaire avec atténuation de la lordose physiologique, sans fracture-tassement vertébrale objectivée. Il existait en outre une suspicion d'une très discrète perte de hauteur du tiers moyen de la vertèbre T6, visualisée sur l'incidence de profil, sous réserve toutefois d'un cliché de qualité limitée. L'assuré présentait une scoliose dorsale lévoconvexe ayant pour sommet T5. 4. Dans le formulaire d'annonce de sinistre adressé le 19 février 2013 à son assurance-accidents, la Caisse nationale d'assurance en cas d'accidents (Suva), l'assuré a mentionné un revenu mensuel de CHF 4'480.-. 5. L'assuré a séjourné au service de chirurgie orthopédique des HUG du 13 février au 1^{er} mars 2013. Dans leur lettre de sortie du 1^{er} mars, les docteurs C_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, et D_____, médecin interne, ont confirmé les diagnostics révélés par les examens radiologiques, auxquels s'ajoutait celui de dyskinésie post-traumatique de l'omoplate droite. La rééducation et l'antalgie avaient permis à l'assuré de retrouver son autonomie. Il pouvait marcher 415 mètres en 6 minutes et monter ou descendre les escaliers sans problème. En piscine, il pouvait progressivement remobiliser ses membres supérieurs, avec toutefois des difficultés résiduelles en raison des douleurs irradiées dans la colonne cervico-dorsale. La mobilité de l'épaule droite était limitée activement à 60°, avec une dyskinésie scapulo-humérale importante. Les troubles de la mobilité du membre supérieur droit étaient d'allure mécanique et en lien avec la douleur dorso-cervicale. Il n'y avait pas d'anomalie neurologique aux membres inférieurs et supérieurs. L'assuré devait porter une minerve durant six semaines après sa chute. Sa capacité de travail était nulle. 6. Selon un avis du 14 mars 2013 du docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la Suva, il était trop tôt pour déterminer si une

reprise du travail en qualité de peintre était envisageable. Le pronostic était a priori réservé. 7. Le 25 mars 2013, le docteur F_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a attesté d'une incapacité de travail totale du 26 mars au 13 mai 2013. Dans son rapport établi à la même date, il a préconisé le port d'une minerve pendant six semaines et un reconditionnement musculaire. Il a précisé que l'assuré ne présentait pas de trouble neurologique lors du contrôle clinique. La dyskinésie de l'omoplate droite avec une douleur importante à la palpation persistait. 8. Dans son rapport du 15 avril 2013, le Dr F_____ a diagnostiqué des fractures bénignes gauche et droite et D6-D8, ainsi qu'une dyskinésie post-traumatique de l'épaule droite. Le traitement consistait en un reconditionnement musculaire. 9. Le 3 mai 2013, le docteur G_____, spécialiste FMH en médecine générale et médecin traitant de l'assuré, a attesté d'un arrêt de travail jusqu'au 30 juin 2013. 10. Dans son rapport du 8 mai 2013, la Dresse C_____ a indiqué que l'assuré souffrait de douleurs aux cervicales avec un hématome de cinq centimètres de diamètre, sans déformation du rachis ni déficit neurologique. Les apophyses épineuses C7, D1 et D2 étaient fracturées, avec atteinte des lames de C7. L'assuré souffrait également de fractures-tassements des plateaux supérieurs de D6, D7 et D8 et d'une rupture du ligament supra-épineux de D1-D2, avec distraction des apophyses et de D2-D3. L'incapacité de travail était totale depuis le 13 février 2013 et devrait durer environ trois mois. 11. Dans son rapport du 14 mai 2013, le Dr F_____ a retenu que les examens radiologiques de la colonne révélaient un alignement tout à fait préservé. On pouvait ainsi considérer que la fracture était suffisamment consolidée pour l'ablation de la minerve et la poursuite d'une rééducation intensive. 12. Un scanner cérébral pratiqué le 21 mai 2013 par la docteure H_____, spécialiste FMH en radiologie, s'est révélé normal. Selon la suspicion clinique, il serait toutefois nécessaire de le confronter à une IRM. 13. Une IRM du 27 mai 2013, réalisée par la docteure I_____, spécialiste FMH en radiologie, s'est avérée dans les limites de la norme, hormis un kyste arachnoïdien sous-tentorial paramédian gauche banal. 14. Le 11 juin 2013, l'assuré a consulté le docteur J_____, médecin au service de chirurgie orthopédique des HUG. Ce dernier a décrit une évolution plutôt favorable, malgré la persistance de quelques cervicalgies irradiant dans la région scapulaire droite et d'importants vertiges augmentés par les mouvements de rotation de la tête, qui faisaient l'objet d'investigations oto-rhino-laryngologiques (ORL). Cliniquement, l'évolution était également favorable avec une rotation de la colonne cervicale symétrique à environ 70° des deux côtés et une distance menton-sternum à 2 et 14 cm. On notait cependant de nombreuses contractions musculaires paracervicales des deux côtés. Le médecin préconisait la poursuite de la physiothérapie. 15. Le 12 juin 2013, la Suva a eu un entretien avec l'assuré. Ce dernier faisait état de douleurs à l'arrière de la nuque, zone qui restait très sensible. L'assuré a précisé que lors de sa chute d'un pont mobile, il avait tapé la barre de traverse avec le haut de l'épaule droite avant de se cogner le bas de la nuque et l'arrière de la tête sur une marche d'escalier. Il avait été transporté en ambulance aux HUG. Il ne pouvait pencher la tête en arrière, et avait des difficultés à la tourner. Les nuits étaient difficiles en raison de la douleur. L'assuré se plaignait de vertiges, de pertes d'équilibre et d'un sifflement. Il avait également mal à l'épaule droite et n'avait plus de force. L'assuré a encore précisé qu'il possédait 50 % des parts de B_____ Sàrl, dont sa sœur était également associée. Cette entreprise employait pour l'heure trois personnes. L'augmentation du salaire déclaré dans la déclaration de sinistre, soit CHF 4'480.- par mois, en comparaison au revenu annuel de CHF 24'000.- signalé à la Suva en

mars 2012, s'expliquait par le fait que la société devenait connue et s'était vu confier des travaux par un architecte. L'assuré était exclusivement en charge des travaux sur le terrain. ![endif]>![if> 16. En date du 25 juin 2013, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité (ci-après l'OAI ou l'intimé). ![endif]>![if> 17. Selon une attestation établie le 1^{er} juillet 2013 par B_____ Sàrl, l'assuré a travaillé pendant huit mois pour cette société en 2012 et a réalisé à ce titre un revenu de CHF 30'000.-.![endif]>![if> 18. Le 10 juillet 2013, le Dr G_____ a prolongé l'arrêt de travail jusqu'au 31 juillet 2013. ![endif]>![if> 19. Dans son rapport du 29 juillet 2013, le Dr G_____ a fait état d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré. Les diagnostics posés étaient ceux de fractures multiples C7, D1, D2, de fractures-compressions des plateaux supérieurs D6, D7 et D8, de dyskinésie de l'omoplate et de troubles de l'équilibre. L'évolution était favorable. Les limitations fonctionnelles relevaient de troubles vestibulaires avec une tendance aux chutes. La capacité de travail était nulle en tant que peintre, et n'avait pas été évaluée dans une autre activité. Une reprise d'activité dans le même métier était envisageable à 50 % dès le 1^{er} septembre 2013. ![endif]>![if> 20. Dans un certificat du 20 août 2013, le Dr G_____ a signalé que l'assuré n'était pas encore apte à reprendre son activité, en raison de la persistance de vertiges mettant sa sécurité en danger, ainsi que de douleurs de l'épaule droite et de la nuque. ![endif]>![if> 21. Le 16 septembre 2013, le Dr G_____ a prolongé l'arrêt de travail de l'assuré jusqu'au 30 septembre 2013. ![endif]>![if> 22. A la demande de la Suva, l'assuré a consulté le docteur K_____, spécialiste FMH en ORL. Dans son rapport du 16 septembre 2013, ce médecin a indiqué que l'assuré avait eu des vertiges, dont le premier épisode avait eu lieu lors de l'ablation de la minerve pendant une séance de physiothérapie. Ces accès devenaient moins fréquents et moins importants. Il se plaignait également d'un sifflement dans l'oreille gauche, survenu dans les suites immédiates de l'accident. Selon le Dr K_____, l'anamnèse était très évocatrice d'un vertige positionnel paroxystique bénin. En raison du port d'une minerve probablement, une manœuvre thérapeutique libératrice n'avait pu être exécutée aux HUG. La situation s'était donc prolongée sans résolution, hormis l'évolution récente favorable. Il n'y avait pas de réponses nystagmiques pathologiques aux tests réalisés lors de la consultation. Le bilan oto-neurologique était globalement normal, hormis une légère hypovalence vestibulaire relative aux tests caloriques. Cette situation pouvait s'expliquer par l'activation de mécanismes de compensation centrale. La situation sur le plan des vertiges devrait s'améliorer progressivement et spontanément, notamment à l'aide de la physiothérapie vestibulaire en cours. Les acouphènes s'expliquaient par les traumatismes sonores subis par le passé, dont le reflet était objectivable à l'audiogramme tonal. L'assuré mentionnant encore des tendances à la somnolence, le Dr K_____ suggérait une polygraphie de dépistage. ![endif]>![if> Le Dr K_____ a encore précisé qu'il avait déjà été consulté par l'assuré en octobre 2010 pour un bilan oto-neurologique. Il a joint le rapport afférent à cette consultation, dans lequel il concluait à un tableau clinique atypique. La symptomatologie semblait progressive et chronique. L'assuré liait ses troubles à un ancien traumatisme crânio-cérébral, subi vingt ans plus tôt. Il mentionnait également un hématome intra-crânien à cette époque. Les céphalées récurrentes y étaient aussi liées. Il avait de plus signalé une augmentation du réflexe nauséux durant les derniers mois. Le Dr K_____ s'interrogeait sur le caractère symptomatique de l'important kyste arachnoïdien révélé par IRM. On pouvait également suspecter à l'IRM la présence d'une déhiscence d'un canal semi-circulaire supérieur. L'audiogramme tonal et le résultat des potentiels évoqués vestibulaires myogéniques ne permettaient pas de l'argumenter. Il n'y avait pas de

phénomène de Tullio, mais des tableaux hybrides de cette entité existaient, éventuellement révélés par le traumatisme. On relevait en outre sur l'imagerie une importante boucle vasculaire en contact avec le paquet acoustico-facial du conduit auditif interne du côté droit. Les stimulations caloriques engendraient des réponses minimales. L'étude du réflexe vestibulo-oculaire à haute fréquence était dans la norme, de même que le test de l'acuité visuelle dynamique. Le médecin se disait perplexe devant ce tableau. Il était d'avis qu'un trouble de la fonction vestibulaire périphérique pouvait raisonnablement être exclu. Il avait adressé l'assuré à un physiothérapeute pour bilan sur plate-forme dynamique. Le Dr K_____ a également joint le rapport du 29 novembre 2010 de la doctoresse L_____, spécialiste FMH en neurologie, qui avait examiné l'assuré en raison de céphalées chroniques rétro-orbitaires gauches, pulsatiles, accompagnées de phono-photophobie et parfois de nausées depuis deux ans. Leur intensité n'était pas très forte, mais elles étaient quasi quotidiennes et évoquaient des migraines chroniques. 23. Le 27 septembre 2013, le Dr K_____ a revu l'assuré en raison de vertiges rotatoires. L'examen clinique confirmait la présence d'une canalolithiase du canal semi-circulaire horizontal gauche de forme géotrope, qui expliquerait l'hypovalence vestibulaire gauche. Il avait enseigné les manœuvres libératrices de Lempert à l'assuré. 24. Par courrier du 11 octobre 2013, le Dr K_____ a indiqué à la Suva que l'assuré présentait une canalolithiase du canal semi-circulaire horizontal gauche. Il avait enseigné des manœuvres libératrices de Lempert à ce dernier, qui les avait pratiquées et avait remarqué que les vertiges aigus rotatoires avaient disparu en quelques jours. Il présentait encore de petits décalages aux mouvements rapides de la tête. L'examen clinique sous lunettes de Frenzel était normal et les manœuvres provocatrices de Hallpike et de Mac Clure ne déclenchaient ni nystagmus, ni sensations vertigineuses. Le médecin concluait ainsi à la résolution de la canalolithiase. 25. Le 15 octobre 2013, le docteur M_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la Suva, a examiné l'assuré. Il a résumé le dossier avant de relater ses plaintes. A l'issue du status, le médecin a noté que les fractures étaient consolidées et que la mobilité de l'épaule était complète, mais que des douleurs para-scapulaires persistaient. L'assuré avait présenté trois mois après l'accident des épisodes de vertiges. Il pouvait reprendre à 50 % son activité antérieure, sans monter sur des échelles ou des échafaudages pendant un mois, afin qu'il reprenne confiance et retrouve progressivement une activité normale. 26. Dans un questionnaire rempli le 19 octobre 2013, B_____ Sàrl a fait état d'un horaire normal de travail de 42.5 heures par semaine pour un salaire mensuel de CHF 4'480.- depuis le 1 er janvier 2013. Le salaire annuel avait été de CHF 46'457.50 en 2011 et de CHF 30'000.- en 2012. 27. A la demande du Dr M_____, le Dr K_____ lui a confirmé par courrier du 28 octobre 2013 qu'il pensait qu'une reprise du travail progressive était possible au plan otoneurologique. 28. Le 5 novembre 2013, le Dr G_____ a indiqué au Dr M_____ qu'après une semaine de travail à 50 %, l'assuré souffrait d'une récurrence de douleurs paravertébrales prenant le trapèze et prédominant à droite de la nuque, d'une intensité telle qu'il ne pouvait dormir. Il avait interrompu le travail le 1 er novembre 2013. Le Dr G_____ invitait la Suva à entamer une procédure de reconversion professionnelle dans une activité sans port de charges. 29. Selon une note d'entretien du 25 novembre 2013 avec la Suva, l'assuré avait repris le travail à 50 % du 21 octobre 2013, conformément aux directives du médecin d'arrondissement. Il avait cependant eu de plus en plus de douleurs, malgré des travaux légers, si bien que le Dr G_____ avait établi un arrêt de travail dès le 1 er novembre 2013. Les vertiges persistaient. L'assuré n'était plus associé

de B_____ Sàrl depuis juillet 2013.![endif]>![if> 30. Par courrier du 4 novembre 2013, la Suva a informé l'assuré qu'elle le considérait apte au travail à 100 % dès le 18 novembre 2013, conformément à l'examen du 15 octobre 2013 et aux conclusions du Dr K_____.![endif]>![if> 31. Le Dr G_____ a attesté d'un arrêt de travail total du 1^{er} au 31 décembre 2013 par certificat du 26 novembre 2013, qu'il a régulièrement prolongé jusqu'au 28 février 2014.![endif]>![if> 32. L'assuré a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (CRR) du 5 février au 5 mars 2014. Dans leur rapport du 7 mars 2014, les docteurs N_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, et O_____, médecin assistante, ont posé les diagnostics de fractures des apophyses épineuses C7, D1, D2 avec atteinte de la lame de C7, de rupture des ligaments supra-épineux de D1 et D2 avec distraction des apophyses de D2 et D3, de discrètes fractures-tassements des plateaux supérieurs de D6, D7 et D8 et de troubles dégénératifs du rachis. A titre d'antécédents, ils ont signalé deux épisodes de canalolithiase en mai 2013 et septembre 2013, et un traumatisme crânio-cérébral avec probable hématome intra-crânien 20 ans plus tôt. Après avoir décrit le statut à l'entrée et à la sortie, les médecins de la CRR ont relevé que les plaintes et limitations fonctionnelles à l'entrée étaient des cervicalgies prédominant à gauche, permanentes, variant en intensité en fonction de la sollicitation de la musculature para-vertébrale cervicale et péri-scapulaire. L'assuré se plaignait de tensions musculaires douloureuses lors du maintien de la tête en extension, et de quelques sensations vertigineuses à la mobilisation rapide et répétitive de la tête en l'absence de repère visuel. L'assuré qualifiait son moral de bon. Le syndrome vertigineux avait été évalué par une posturographie. La fonction d'équilibration était bonne et efficace, avec un taux de stabilité faible. L'utilisation des entrées visuelle et vestibulaire était de 100 %, l'utilisation de l'entrée somesthésique de 65 % lors de l'entrée. Elle avait augmenté à 87 % au moment de la sortie de l'assuré. Les plaintes et limitations ne s'expliquaient qu'en partie par les anomalies objectives. La participation de l'assuré aux thérapies avait été moyenne, celui-ci restant très centré sur la douleur. Les limitations retenues étaient les suivantes : port de charge sol-taille 15 kg ; lever horizontalement 22.5 kg ; port de charges taille-tête 12.5 kg ; port d'une main 15 kg de chaque côté ; ne pas pousser ou tirer des objets très lourds ; éviter l'extension prolongée de la nuque et les activités impliquant des rotations-extensions répétitives de la nuque ; éviter le maintien prolongé des bras au-dessus des épaules. Au plan médical, la situation n'était théoriquement pas stabilisée. La poursuite de la rééducation permettrait de progresser au plan fonctionnel, mais les indicateurs subjectifs en demi-teinte laissaient cependant penser que les progrès attendus ne viendraient pas. La situation serait stabilisée trois mois plus tard. L'incapacité de travail était totale et définitive dans l'ancienne activité de peintre non qualifié. Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée semblait favorable.![endif]>![if> Lors du séjour à la CRR, l'assuré a subi plusieurs examens radiologiques, qui ont mis en évidence des discopathies en C4-C5 et C5-C6 sans hernie discale, un discret œdème de l'articulation interfacettaire postérieure gauche en C7-D1 sur une fracture consolidée de la racine de l'apophyse épineuse de C7, des séquelles de fractures-tassements légères des plateaux supérieurs de D6, D7 et D8, sans recul des murs postérieurs, une altération dégénérative modérée étagée, une fracture consolidée de l'apophyse postérieure de D1 et D2 sans œdème spongieux, et une discopathie en L5-S1 avec fissuration de l'anneau fibreux. Le rapport des médecins était accompagné d'un rapport de physiothérapie et d'un rapport « Vertiges et instabilité », établis par les physiothérapeutes de la CRR. 33. Le 4 mars 2013, la Dresse O_____ a attesté d'une incapacité de travail totale du 5 février au 6 avril 2014.![endif]>![if> 34. Dans son rapport

du 7 avril 2014, le Dr G _____ a qualifié l'état de santé de stationnaire. La capacité de travail était nulle (0%) en tant que peintre en bâtiment et totale (100%) dans une activité respectant les limitations fonctionnelles décrites par la CRR. L'assuré ne présentait pas de troubles psychiques. ![/endif]>![if> 35. Par plusieurs certificats successifs, le Dr G _____ a attesté d'une incapacité de travail totale du 1^{er} avril au 31 août 2014.![endif]>![if> 36. Dans son avis du 14 mai 2014, le docteur P _____, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), a indiqué qu'il considérait que la date de l'aptitude à la réadaptation était le 21 octobre 2013, même si la reprise du travail avait été un échec en raison de l'incompatibilité de l'activité avec les limitations fonctionnelles. ![/endif]>![if> 37. Le 22 mai 2014, l'OAI a procédé au calcul du degré d'invalidité de l'assuré. Le salaire avec invalidité, fondé sur le revenu statistique tiré d'activités simples et répétitives selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) 2010, tableau 1, était de CHF 4'901.- pour 40 heures par semaine. Indexé à 2012 et adapté à la durée hebdomadaire de travail de 41.6 heures, le revenu était de CHF 62'217.- par an. Compte tenu d'un temps de travail raisonnablement exigible de 100 % et d'un abattement statistique de 10 %, le revenu d'invalidité était de CHF 55'995.- Quant au revenu sans invalidité, il était fixé à CHF 58'240.- en 2012 selon les données communiquées par l'employeur. La comparaison des revenus aboutissait ainsi à un degré d'invalidité de 3.85 %. ![/endif]>![if> 38. L'assuré a revu le Dr K _____ en date du 7 mai 2014. Il présentait encore des symptômes vertigineux, assez polymorphes. L'examen vidéonystagmographique confirmait la résolution du vertige paroxystique positionnel bénin. A l'obscurité complète, le médecin constatait des mouvements très saccadés des yeux orientant vers un opsoclonus ou un flutter. Le bilan devrait être complété par un examen neuro-ophtalmologique. La symptomatologie pouvait évoquer des migraines. ![/endif]>![if> 39. Le 3 juin 2014, l'OAI a adressé à l'assuré un projet niant le droit aux mesures d'ordre professionnel et à une rente. Reprenant les éléments de son calcul du 22 mai 2014, il a tenu compte d'un degré d'invalidité de 4 %, lequel n'ouvrait pas droit aux prestations.![endif]>![if> 40. Le 17 juillet 2014, le professeur Q _____, médecin à l'Hôpital ophtalmique Jules-Gonin, a rapporté que l'assuré mentionnait des oscillopsies horizontales constantes, le gênant dans la vision tant de loin que de près. A l'issue du status, le Prof. Q _____ a noté des symptômes de la dysfonction vestibulaire et un nystagmus battant dans la direction du regard dans les regards extrêmes gauche et droit, qui pourrait être aussi séquellaire de vestibulopathie ou du traumatisme. Les plaintes visuelles étaient en lien avec de multiples ondes carrées interrompant la fixation, dont la présence résultait généralement d'une dysfonction de la région ponté-cérébelleuse. Il s'agissait vraisemblablement d'une séquelle du traumatisme du 11 février 2013, pour laquelle il n'existait pas de traitement spécifique. Si l'activité de peintre semblait contre-indiquée compte tenu des troubles de l'équilibre, un travail de précision nécessitant une excellente stabilité de la vision l'était également. Un travail de bureau avec la possibilité d'agrandir la taille de la police à l'écran semblerait le plus adéquat. ![/endif]>![if> 41. Dans son avis du 15 octobre 2014, le Dr P _____ a relevé que l'examen ophtalmologique modifiait les conclusions en ce sens qu'il y avait lieu d'ajouter les limitations fonctionnelles retenues par le Prof. Q _____ à celles déjà prises en compte. La capacité de travail restait entière dans une activité adaptée.![endif]>![if> 42. Par décision du 21 octobre 2014, l'OAI a confirmé le refus de mesures d'ordre professionnel et d'une rente. ![/endif]>![if> 43. Par acte du 4 novembre 2014, l'assuré a interjeté recours contre la décision de l'OAI. Il a conclu, sous suite de dépens, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité et de mesures de réadaptation professionnelle. Il a fait valoir que l'intimé

n'avait pas pris en compte ses graves troubles de la vue, qui le limitaient dans toute activité. Il s'est référé sur ce point au rapport du Prof. Q_____ et à un rapport du 4 septembre 2014 de la Dresse L_____, joint à son écriture. [endif]>[if> Dans ce document, cette spécialiste a indiqué après avoir résumé le dossier du recourant qu'elle partageait l'impression du Prof. Q_____, selon laquelle il s'agissait probablement d'une atteinte de la région ponto-cérébelleuse, très probablement post-traumatique bien que non mise en évidence par l'IRM car trop petite. Il n'y avait selon la neurologue pas de traitement spécifique, mais une évaluation ergothérapeutique spécialisée pourrait rechercher des moyens auxiliaires. Sur le plan professionnel, les troubles visuels poseraient des difficultés car tout travail nécessitant une fixation visuelle dépassant quelques minutes était difficile. Une activité de bureau, telle que celle proposée par le Prof. Q_____, ne devrait pas contenir d'effort visuel soutenu, notamment pas de lecture de texte régulière. Le recourant ne pouvait pas conduire de manière professionnelle, ni travailler de nuit ou lorsque la lumière était trop vive. 44. Le recourant a complété son recours par écriture du 16 décembre 2014. Il a conclu, sous suite de dépens, préalablement à l'audition de ses médecins traitants et de Madame R_____, et au fond à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité et de mesures d'orientation professionnelle. Il a notamment souligné que la CRR n'avait pas investigué ses problèmes de vue. Il s'était depuis rendu au Centre d'information et de réadaptation de l'association pour le bien des aveugles et malvoyants Genève (ci-après le Centre) pour une évaluation de sa vision. Cet examen avait révélé ses nombreuses limitations. L'intimé n'avait pas du tout instruit le dossier, s'agissant des limitations fonctionnelles exactes du recourant. Les limitations liées à la vue ne pouvaient se déterminer que par des mises en situation. Elles avaient d'ailleurs été largement sous-évaluées, à l'instar des limitations rhumatologiques. Il n'avait pas été tenu compte de ses maux de tête très importants. Toutes ces limitations entraînaient une incapacité de travail de 50 %. La capacité de travail résiduelle devait être mise en valeur par des mesures d'orientation professionnelle. [endif]>[if> Le recourant a produit un rapport établi le 17 novembre 2014 par Madame R_____, ergothérapeute spécialisée en basse vision auprès du Centre. L'acuité visuelle mesurée en binoculaire était de 1 de loin et de près. La sensibilité aux bas contrastes, de même que le champ visuel et la vision des couleurs, étaient normaux. Le recourant souffrait d'un éblouissement permanent à l'intérieur comme à l'extérieur, particulièrement en présence de sources lumineuses directes et lors de changements de luminosité. Il portait des verres filtrants pour atténuer ces effets. Ce qui le dérangeait le plus était un mouvement visuel horizontal, ce qui signifiait que la gêne était particulièrement marquée dans toute activité impliquant la vision de précision, comme la lecture ou le découpage des aliments en tranches fines. Ce problème engendrait des maux de tête frontaux. Malgré la bonne acuité visuelle, la lecture était lente et saccadée et sa vitesse n'augmentait pas en agrandissant la taille des caractères. L'endurance de lecture était très diminuée par les maux de tête. La lecture à l'écran entraînait une fatigue visuelle identique à celle ressentie lors de la lecture sur papier. Le recourant était engagé dans une démarche de réadaptation, comprenant l'apprentissage de la dactylographie à dix doigts pour une maîtrise du clavier d'ordinateur sans utiliser le regard, la recherche de verres filtrants pour réduire l'éblouissement le plus possible, et des essais de systèmes de lecture. L'ergothérapeute considérait qu'une réorientation professionnelle était indispensable au vu de la complexité du handicap. 45. Dans sa réponse du 7 janvier 2015, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a relevé que les problèmes visuels avaient bien été instruits, le Prof. Q_____ s'étant prononcé le 17 juillet 2014. Le SMR en avait tenu compte dans son

appréciation. Le recourant n'amenait aucun élément médical remettant en question l'appréciation du Prof. Q_____. L'ergothérapeute n'avait en outre pas affirmé que les limitations fonctionnelles ne pouvaient être révélées que par des mises en situation, mais s'était contentée de souligner un besoin de moyens auxiliaires et de réorientation. Le recourant contestait les limitations rhumatologiques sans avancer d'argument médical objectif. Il n'indiquait pas non plus pour quels motifs sa capacité de travail était réduite à 50 %.

46. Dans sa réplique du 12 mars 2015, le recourant a sollicité la mise sur pied d'une expertise judiciaire rhumatologique, neurologique et ophtalmologique et subsidiairement l'audition de la Dresse L_____, de Madame S_____, opticienne, et de Madame R_____. Il a persisté dans ses conclusions pour le surplus. Il a allégué que l'intimé n'avait pas suffisamment instruit son état de santé. Aucun examen médical ou expertise n'avait été mis en œuvre. Le rapport des médecins de la CRR ne pouvait être pris en compte, dès lors que le séjour du recourant avait essentiellement une visée curative. Il ne s'agissait dès lors pas d'un rapport médical remplissant les réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. En effet, l'essentiel des rapports avait été établi par des physiothérapeutes. Il n'y avait pas eu d'anamnèse détaillée. Les limitations fonctionnelles n'avaient pas pris en compte les douleurs cervicales et les discopathies révélées par l'IRM. L'intimé n'avait pas correctement évalué les douleurs cervicales et les problèmes de vue du recourant.

47. Par duplique du 7 avril 2015, l'intimé a persisté dans ses conclusions en précisant qu'il s'opposait à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. Le fait que le séjour à la CRR avait une portée thérapeutique n'enlevait rien à la pertinence du rapport des médecins. En reprochant à l'intimé de ne pas avoir tenu compte des limitations fonctionnelles liées aux discopathies, le recourant substituait sa propre appréciation à celle des praticiens. Quant aux troubles de la vue, ils étaient suffisamment documentés.

48. Par courrier du 1^{er} mars 2016, le recourant s'est enquis de l'avancée de la procédure.

49. Le 4 mars 2016, la chambre de céans a informé les parties que la cause était 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).

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

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable à la présente procédure.

3. Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA).

4. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité et à des mesures d'ordre professionnel.

5. Aux termes de l'art. 8 al. 1^{er} LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. En vertu de l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou

psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).!endif]>![if> 6. Ainsi que le Tribunal fédéral des assurances l'a déclaré à maintes reprises, la notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité. Dans ces trois domaines, elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé assurée, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entre en ligne de compte pour l'assuré. L'invalidité est désormais définie à l'art. 8 al. 1 LPGA. En raison de l'uniformité de la notion d'invalidité, il convient d'éviter que pour une même atteinte à la santé, assurance-accidents, assurance militaire et assurance-invalidité n'aboutissent à des appréciations divergentes quant au taux d'invalidité. Cela n'a cependant pas pour conséquence de les libérer de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité. En aucune manière un assureur ne peut se contenter de reprendre simplement et sans plus ample examen le taux d'invalidité fixé par l'autre assureur, car un effet obligatoire aussi étendu ne se justifierait pas (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 323/04 du 30 août 2005 consid. 4.1). On rappellera en outre qu'à l'inverse de l'assurance-invalidité, la responsabilité de l'assureur-accidents se limite aux seules atteintes à la santé qui se trouvent en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'événement accidentel assuré, ce qui explique que les degrés d'invalidité auxquels aboutissent ces deux assureurs sociaux divergent parfois, s'agissant d'un même assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 336/01 du 25 octobre 2002 consid. 2).!endif]>![if> 7. En vertu de l'art. 28 al. 1 er LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins.!endif]>![if> 8. Conformément à l'art. 8 al. 1 er LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels, et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies. !endif]>![if> Aux termes de l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession lorsque son invalidité rend cette mesure nécessaire, et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable. L'art. 6 al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI - RS 831.201) définit les mesures de reclassement comme les mesures de formation destinées à des assurés qui en ont besoin, en raison de leur invalidité, après achèvement d'une formation professionnelle initiale ou après le début de l'exercice d'une activité lucrative sans formation préalable, pour maintenir ou pour améliorer leur capacité de gain. La jurisprudence a apporté une précision à cette définition en indiquant que le concept de reclassement recouvre l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de

gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité (ATF 124 V 108 consid. 2a). Dès lors, en règle générale, l'assuré ne peut pas prétendre à la meilleure formation possible dans son cas, la loi ne visant en effet qu'à assurer les mesures de réadaptation qui sont nécessaires et suffisantes compte tenu du cas d'espèce (ATF 121 V 258 consid. 2c). De plus, il faut que l'invalidité soit d'une certaine gravité pour que le droit à des mesures de réadaptation soit ouvert. La jurisprudence a ainsi fixé le seuil d'invalidité à partir duquel des mesures de réadaptation doivent être octroyées à 20 % (ATF 130 V 488 consid. 4.2; ATF 124 V 108 consid. 3a). 9. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou d'autres spécialistes doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 762/02 du 6 mai 2003 consid. 2.2). b) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3; ATF 122 V 157 consid. 1c). 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).

10. Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (arrêt du Tribunal fédéral 9C_695/2010 du 15 mars 2011 consid. 5). L'administration doit en principe examiner quelles possibilités de réadaptation concrètes existent pour l'assuré, compte de l'ensemble des circonstances, en particulier de ses caractéristiques physiques et psychiques ainsi que de sa situation professionnelle et sociale, considérées de manière objective. Cela étant, lorsqu'il est clair d'emblée que l'exercice d'activités relativement variées est encore exigible de l'intéressé, un renvoi général à un marché du travail équilibré, structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifié, est suffisant (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 778/05 du 11 janvier 2007 consid. 6.2 et les références).

11. 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). On n'admettra d'exceptions à ce principe que si elles sont établies au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Pour déterminer le revenu d'invalide de l'assuré, il y a lieu en l'absence d'un revenu effectivement réalisé de se référer aux données salariales, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires publiées par l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 75 consid. 3b). Il y a lieu de procéder à une réduction des salaires statistiques lorsqu'il résulte de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité ou catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) que le revenu que pourrait toucher l'assuré en mettant en valeur sa capacité résiduelle de travail est inférieur à la moyenne. La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge,

années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) (arrêt du Tribunal fédéral 9C_259/2007 du 8 mai 2008 consid. 4.1). Un abattement global maximal de 25 % permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). 12. En l'espèce, l'intimé a retenu que le recourant présentait désormais une capacité de travail totale dans une activité adaptée, ce que ce dernier conteste. Il convient en premier lieu de déterminer si les rapports médicaux versés au dossier permettent de trancher cette question. Tel est bien le cas. Les médecins de la CRR ont en effet admis au terme du séjour du recourant que ce dernier pouvait exercer à plein temps une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Leur rapport a été établi en parfaite connaissance des plaintes du recourant, de son historique médical et repose sur un status clinique complété par plusieurs examens radiologiques et des mesures par des physiothérapeutes. Leurs conclusions sont en outre claires et exemptes de contradictions. Leur rapport comprend ainsi tous les éléments requis selon la jurisprudence pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Contrairement à ce qu'affirme le recourant, le but thérapeutique du séjour à la CRR est sans incidence sur la force probante du rapport établi à son issue, qui s'analyse uniquement à l'aune des critères dégagés par le Tribunal fédéral et rappelés ci-dessus. On notera au demeurant qu'il n'existe aucun autre rapport émanant d'un médecin qui permettrait de remettre en cause les conclusions des Drs N_____ et O_____. Dans son rapport du 7 avril 2014, le Dr G_____ a en effet admis que la capacité de travail du recourant était totale dans une activité adaptée. On soulignera qu'au plan oto-neurologique, le Dr K_____ n'excluait pas une reprise du travail à fin octobre 2013 déjà. Du point de vue ophtalmologique, le Prof. Q_____ a également admis une capacité de travail entière sous réserve de certaines limitations fonctionnelles, à l'instar de la Dresse L_____. S'agissant des limitations fonctionnelles, qui n'ont selon le recourant pas suffisamment été instruites par l'intimé, elles ressortent clairement des rapports médicaux. Les médecins de la CRR ont en particulier mentionné des restrictions précises en lien avec les troubles rhumatologiques du recourant. Le SMR les a ensuite complétées par celles du Prof. Q_____. Les limitations signalées par la Dresse L_____ se confondent largement avec celles du Prof. Q_____, étant souligné qu'une activité de bureau ne comprend pas nécessairement des efforts de lecture soutenus. Cette neurologue exclut également la conduite professionnelle. Même s'il fallait admettre que cette limitation se justifie au vu de l'atteinte ophtalmologique du recourant, toutes les activités n'impliquant ni port de charges ni mouvements de la nuque et maintien des bras prolongé au-dessus des épaules et sans efforts visuels soutenus restent accessibles au recourant. Partant, l'impossibilité de la conduite à titre professionnel mentionnée par la Dresse L_____ ne suffit pas à exclure le caractère réaliste d'une mise en valeur de la capacité résiduelle de travail du recourant sur un marché du travail équilibré. Quant au rapport de Madame R_____, la chambre de céans relève en premier lieu qu'il n'émane pas d'un médecin. De plus, les handicaps qu'elle décrit sont essentiellement ceux que le recourant lui a annoncés, de sorte qu'il s'agit d'une appréciation subjective. Dans ces conditions, on ne saurait s'écarter des conclusions du Prof. Q_____, qui reposent sur des constatations médicales objectives. Les arguments du recourant n'y suffisent en particulier pas. Contrairement à ce qu'il allègue, les troubles de la vue ont été pris en compte dans la définition d'une activité adaptée, puisque le Dr P_____ a modifié ses conclusions par avis du 15 octobre 2014. Le recourant ne produit en outre aucun élément médical étayant son allégation, selon laquelle ses limitations fonctionnelles ont été sous-évaluées. Il mentionne

également des céphalées que l'intimé n'aurait pas prises en compte dans son appréciation. Or, il ne ressort pas des rapports de la CRR et du Prof. Q_____ – dont le recourant n'affirme pas qu'ils seraient incomplets sur ce point – qu'il se serait plaint de maux de tête. La Dresse L_____ ne mentionne pas non plus de tels troubles dans son rapport du 4 septembre 2014. Partant, on ne saurait faire grief à l'intimé de ne pas en avoir tenu compte. Il convient en outre de rappeler que le recourant présentait déjà des céphalées récurrentes avant l'accident survenu le 11 février 2013, comme cela ressort du rapport du Dr K_____ d'octobre 2010, ce qui ne l'a pas empêché d'exercer une activité lucrative à plein temps pendant plusieurs années. Dans ces conditions, même si les maux de tête du recourant pouvaient être objectivés, on ne saurait retenir qu'ils entravent la reprise d'une activité professionnelle adaptée. Enfin, le recourant ne saurait être suivi en tant qu'il reproche aux médecins de la CRR de ne pas avoir tenu compte de ses douleurs cervicales et de ses discopathies. En premier lieu, les troubles dégénératifs ne sont en principe pas à la charge de l'assurance-accidents, si bien qu'il était normal que les Drs N_____ et O_____ ne les décrivent pas longuement dans le cadre d'un rapport destiné à la Suva. De plus, le Dr G_____ a implicitement admis que les limitations fonctionnelles qui ressortent du rapport de la CRR étaient adaptées à l'état de santé du recourant, puisqu'il a mentionné dans son rapport du 7 avril 2014 une capacité de travail totale dans une activité respectant ces limitations, sans ajouter de restriction liée aux discopathies. Partant, la chambre de céans ne s'écartera pas des conclusions des médecins, selon lesquelles le recourant présente une capacité de travail totale dans une activité adaptée. Par conséquent, par appréciation anticipée des preuves (ATF 130 II 425 consid. 2.1; ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d), elle ne fera pas droit à la requête du recourant tendant à l'audition de témoins et à la mise en œuvre d'une expertise. 13. Il y a lieu à présent d'examiner à partir de quand le recourant disposait d'une capacité de travail dans une activité adaptée. Le Dr P_____ a retenu que tel était le cas dès le 21 octobre 2013, date à laquelle le recourant a repris son emploi de peintre à 50 %, conformément aux instructions du médecin d'arrondissement de la Suva. On ne saurait cependant le suivre sur ce point. En effet, ni les médecins de la CRR – ni aucun praticien ayant examiné le recourant – n'ont fait état d'une capacité de travail dans une activité adaptée à partir de cette date. De plus, les Drs N_____ et O_____ ont indiqué dans leur rapport du 7 mars 2014 que l'état de santé du recourant serait stabilisé trois mois plus tard, soit le 7 juin 2014. 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). Partant, on ne saurait retenir que le recourant a présenté une capacité de travail dans une activité adaptée avant la stabilisation de son état de santé, soit avant le mois de juin 2014. [endif]>![if> On doit ainsi admettre que le recourant disposait d'une capacité de travail dans une activité adaptée dès le mois de juillet 2014 au plus tôt. 14. Compte tenu de ce qui précède, on tiendra compte d'une incapacité de travail totale du 11 février 2013 à juin 2014. [endif]>![if> La demande de prestations du recourant ayant été déposée en juin 2013, la condition prévue à l'art. 29 al. 1 LAI, subordonnant la naissance du droit à la rente à l'échéance d'un délai de six mois depuis le dépôt de la demande, est remplie à l'expiration du délai de carence d'une année selon l'art. 28 al. 1 let. b LAI, soit en février 2014. Le recourant a ainsi droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} février 2014. En ce qui concerne la fin du droit à la rente, il faut rappeler que selon la jurisprudence, l'art. 17 LPGA

sur la révision d'une rente en cours s'applique également à la décision par laquelle une rente échelonnée dans le temps est accordée avec effet rétroactif, la date de la modification étant déterminée conformément à l'art. 88a RAI. Suivant l'alinéa premier de cette disposition réglementaire, si la capacité de gain d'un assuré s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès que l'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période; il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (arrêt du Tribunal fédéral 9C_134/2015 du 3 septembre 2015 consid. 4.1). Toutefois, lorsque la révision de la rente n'est pas justifiée par une évolution de l'état de santé, à savoir par un phénomène pathologique labile, mais qu'elle s'inscrit dans un contexte où celui-ci apparaît comme stabilisé, il peut être fait abstraction du délai de trois mois prévu à l'art. 88a RAI (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 930/05 du 15 décembre 2006 consid. 5). Le sens et le but de l'art. 88a al. 1 RAI est notamment de donner au bénéficiaire de la rente une certaine assurance en ce qui concerne le versement régulier de ses prestations. Des modifications temporaires des facteurs qui fondent le droit à la rente ne doivent pas conduire à une adaptation par la voie de la révision; au regard de la sécurité du droit, l'octroi d'une rente entrée en force se doit d'avoir une certaine stabilité. En cas de modification de la capacité de gain, la rente doit être supprimée ou réduite avec effet immédiat si la modification paraît durable et par conséquent stable; on attendra en revanche trois mois au cas où le caractère évolutif de l'atteinte à la santé, notamment la possibilité d'une aggravation, ne permettrait pas un jugement immédiat. En règle générale, pour examiner s'il y a lieu de réduire ou de supprimer la rente immédiatement ou après trois mois, il faut examiner pour le futur si l'amélioration de la capacité de gain peut être considérée comme durable (arrêt du Tribunal fédéral 9C_32/2015 du 10 septembre 2015 consid. 4.1). En l'espèce, le délai de trois mois articulé par les médecins de la CRR étant précisément censé permettre de parachever la stabilisation, il y a lieu de considérer qu'à son terme, l'état de santé était stable. Aucun élément médical attestant du contraire n'a d'ailleurs été versé à la procédure. On se trouve ainsi dans l'hypothèse visée par la jurisprudence précitée, et il convient donc de faire abstraction du délai prévu par l'art. 88a al. 1 RAI. 15. Il convient à présent de vérifier si le degré d'invalidité que présente le recourant dès la date à laquelle une activité adaptée, soit dès le 1^{er} juillet 2014, exclut le droit aux prestations d'invalidité. [endif]> [if> A titre de revenu sans invalidité, l'intimé s'est fondé sur un montant de CHF 58'240.-, se référant aux données communiquées par l'employeur. Ce chiffre correspond à treize mensualités de CHF 4'480.-, soit le salaire mensuel indiqué pour 2013 par B_____ Sàrl dans le questionnaire du 19 octobre 2013. La chambre de céans relève que ce revenu est largement supérieur à celui réalisé en 2012. Elle ne s'en écartera toutefois pas, dès lors qu'il est favorable au recourant. L'année de naissance du droit à la rente étant 2014, il convient de prendre en compte l'évolution du revenu jusqu'à cette année (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_725/2015 du 5 avril 2016 consid. 4.1). Le revenu sans invalidité peut ainsi être fixé à CHF 58'647.68 pour 2014. S'agissant du revenu avec invalidité, le recours aux données statistiques est conforme à la jurisprudence citée. Les salaires statistiques de 2012 n'ayant été publiés que le 22 octobre 2012, l'intimé n'en disposait pas encore au moment où il a rendu la décision litigieuse. C'est ainsi à juste titre qu'il s'est fondé sur les chiffres tirés de l'ESS 2010 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_526/2015 du 11 septembre 2015 consid. 3.2.2). Le revenu tiré d'activités simples et répétitives en 2010 s'élevait à CHF 4'901.- par mois pour une durée

hebdomadaire de travail de 40 heures. Indexé et adapté à la durée hebdomadaire de 41.7 heures en 2014 selon la statistique sur la durée normale du travail (DNT), le revenu avec invalidité s'élève ainsi à CHF 63'359.80 avant la réduction statistique. L'intimé a appliqué un abattement de 10 % sur ce revenu. Ce faisant, il n'a pas abusé de son pouvoir d'appréciation et la chambre de céans n'est ainsi pas fondée à en revoir l'étendue. Cette réduction amène le revenu avec invalidité à CHF 57'023.10. La comparaison de ces revenus aboutit à un degré d'invalidité de 2.77 %, insuffisant pour ouvrir le droit aux prestations. Le recourant ne peut ainsi prétendre à des mesures d'ordre professionnel ou à une rente dès le 1^{er} juillet 2014. 16. Eu égard à ce qui précède, le recours sera partiellement admis. Le recourant, qui obtient gain de cause, a droit à une indemnité de dépens qu'il convient de fixer à CHF 1'000.- (art. 61 let. g LPGA). La procédure en matière d'assurance-invalidité n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1 bis LAI), l'intimé sera condamné au paiement d'un émolument de CHF 500.-. 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.