



POUVOIR JUDICIAIRE

A/1630/2023

ATAS/903/2024

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 18 novembre 2024

Chambre 6

En la cause

A _____

recourant

représenté par Me Maurice UTZ, avocat

contre

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
GENÈVE**

intimé

**Siégeant : Valérie MONTANI, présidente ; Christine WEBER-FUX et Yda ARCE,
juges assesseures.**

EN FAIT

- A.**
- a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le 23 mars 1986, a été engagé le 1^{er} janvier 2012 par B_____ en qualité de carreleur-peintre à plein temps (45 heures par semaine), pour un salaire mensuel de l'ordre de CHF 4'500.-. À ce titre, il était couvert contre les accidents professionnels et non professionnels par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA).
 - b.** B_____ a été radiée du registre du commerce le 4 décembre 2014 suite au prononcé de sa faillite.
 - c.** Le 5 juin 2013, l'assuré a chuté d'une échelle et s'est blessé à la main et au bras gauches. Le cas a été annoncé à la SUVA par B_____ le 7 juin 2013. Le 2 août 2013, l'assuré a chuté d'une échelle, se blessant à la main droite, ainsi qu'à la main et au bras gauches (douleurs). Une incapacité totale de travail a été certifiée à compter de cette date. Le cas a été pris en charge par la SUVA.
- B.**
- a.** Le 22 octobre 2013, l'assuré a subi une ostéotomie de la base du cinquième métacarpien gauche, une ostéotomie de l'hamatum gauche et une infiltration de la gaine des fléchisseurs du pouce gauche, pratiquées par le docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie de la main. Ce dernier a posé le diagnostic de cal vicieux intra-articulaire de la base du cinquième métacarpien et de l'hamatum gauches. L'assuré présentait une fracture de la base du cinquième métacarpien intra-articulaire avec un enfoncement traité conservativement. Il avait développé un cal vicieux avec une forte raideur douloureuse. Il présentait également des douleurs au niveau de la poulie basale du pouce sans blocage ni ressaut.
 - b.** Le 10 mars 2014, l'assuré a déposé une demande de prestations d'invalidité
 - c.** Le 28 avril 2014, l'assuré a subi une ablation du matériel d'ostéosynthèse de l'hamatum et de la base du cinquième métacarpien gauches. Suite à l'opération, il avait présenté un syndrome douloureux important avec une raideur et une tuméfaction qui faisaient penser à une algodystrophie de SUDECK.
 - d.** Dans un rapport du 15 juillet 2014, le Dr C_____ a relevé une évolution défavorable. Malgré une restitution *ad integrum* de la surface articulaire carpo-métacarpienne V, l'assuré persistait à ressentir des douleurs importantes avec une gêne fonctionnelle. La rééducation ne permettait pas d'obtenir une mobilité satisfaisante. L'assuré ne présentait aucune tuméfaction mais ressentait des douleurs au moindre effleurement de la cicatrice. Une raideur à l'enroulement était relevée. L'arrêt de travail était toujours en cours, sans perspective de changement. Pour le moment, il n'était pas nécessaire d'envisager un changement de profession. En effet, compte tenu de la restitution de l'anatomie, la fonction devait pouvoir être rétablie. L'état n'était pas stabilisé. L'assuré présentait enfin éventuellement un état dépressif réactionnel et étranger à l'accident. Le 6 janvier 2015, il a confirmé, dans un rapport à l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI), un syndrome douloureux post opératoire par ostéotomie.

e. Le 13 novembre 2014, le département de médecine communautaire et de premier recours des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) a indiqué un probable syndrome douloureux régional complexe (ci-après : SDRC) caractérisé par des douleurs chroniques permanentes du poignet, irradiant dans le bras, l'épaule, le dos et la jambe à gauche.

f. L'assuré a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR) du 10 au 18 septembre 2014 et dans un rapport du 2 octobre 2014, les docteurs D_____, spécialiste FMH en rhumatologie, et E_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, ont retenu les diagnostics de SDRC de type 1 (algodystrophie) de la main gauche, d'ablation du matériel d'ostéosynthèse de l'hamatum et de la base du cinquième métacarpien gauches, d'ostéotomie de la base du cinquième métacarpien gauche, ostéotomie de l'hamatum gauche et infiltration de la gaine des fléchisseurs du pouce gauche, et de chute le 2 août 2013 avec fracture intra-articulaire de la base du cinquième métacarpien et de l'hamatum gauches.

L'hospitalisation avait eu lieu en raison de l'évolution négative du cas, l'assuré ayant développé un syndrome douloureux important avec limitations fonctionnelles de la main et du poignet. Les limitations fonctionnelles ne s'expliquaient pas principalement par les lésions objectives constatées durant le séjour. Des facteurs contextuels jouaient un rôle important dans les plaintes et limitations fonctionnelles rapportées par l'assuré et influençant défavorablement le retour au travail. S'agissant des limitations fonctionnelles provisoires, l'assuré devait éviter les activités en force avec la main gauche et très répétitives. Même si certaines limitations pouvaient être admises, l'assuré s'autolimitait de façon majeure, de sorte que les limitations ne reflétaient que ce que ce dernier avait bien voulu faire et démontrer. La stabilisation était attendue dans un délai difficile à estimer, étant précisé qu'il fallait s'attendre à une longue évolution en raison des facteurs contextuels et de la présence d'un probable SDRC. La reprise de l'activité habituelle était pour le moment défavorable. Quant à une réinsertion dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, il était trop tôt pour se prononcer.

g. Le 30 septembre 2016, la docteure F_____, médecin cheffe de clinique du département de santé mentale et de psychiatrie des HUG, a indiqué suivre l'assuré à raison d'une fois par mois depuis le 4 février 2016. Ce dernier recevait un traitement antidépresseur et anxiolytique en raison d'une symptomatologie anxio-dépressive en lien avec la symptomatologie douloureuse.

h. Dans un rapport du 21 décembre 2016, le Dr C_____ a fait état d'une évolution défavorable. L'assuré présentait des douleurs permanentes à la main et au membre supérieur gauches, lesquelles étaient partiellement calmées par les traitements médicamenteux. Le traitement actuel consistait surtout en un traitement de la douleur par voie médicamenteuse et ergothérapie. Une stimulation médullaire pouvait être envisagée, mais pas un traitement chirurgical. L'incapacité de travail était totale, pour une durée indéterminée, à moins de trouver une

solution pour ses douleurs. Un changement de profession était indiqué dans un domaine où la main gauche n'aurait pas besoin d'être utilisée. Du point de vue chirurgical, l'état était stabilisé, aucune mesure opératoire ne pouvant améliorer la situation. Par contre, une éventuelle amélioration pouvait être espérée par le traitement antalgique. Il n'était pas exclu que des facteurs étrangers jouent un rôle dans l'importance de la symptomatologie, mais il était difficile d'en avoir la certitude.

i. Dans un rapport du 29 mars 2017, la docteure G_____, cheffe de clinique du département de santé mentale et de psychiatrie des HUG, a retenu le diagnostic d'état dépressif moyen. Elle a relevé la stagnation de la symptomatologie anxio-dépressive. Une tristesse avec un émoussement affectif, une anhédonie marquée, une difficulté à initier et poursuivre des activités et une fatigue étaient observées. Récemment, une adaptation du traitement antidépresseur et antalgique avait permis le renforcement de la prise en charge ergothérapeutique (travail sur hypersensibilité et allodynie). Le pronostic était réservé sur le plan psychiatrique, car l'assuré était alexithymique. Néanmoins, l'adaptation du traitement pouvait avoir un effet partiel. Toute amélioration de la motricité et du syndrome douloureux était cependant susceptible de permettre une évolution nettement plus favorable (en cas de succès avec le travail ergothérapeutique de désensibilisation). Une réadaptation professionnelle était souhaitable dans le contexte de la réhabilitation psychiatrique, ceci pouvant faire fonction de traitement. En effet, l'incapacité avait créé un vide identitaire et l'assuré n'arrivait pas à se projeter au-delà de son handicap (manque de flexibilité mentale, péjorée par la dépression).

j. Le 22 mars 2017, le docteur H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA, a évalué l'atteinte à l'intégrité de l'assuré à 10% (tables d'indemnisation pour une atteinte à l'intégrité suite à une arthrose grave intra-carpienne).

Dans un rapport d'examen du même jour, le Dr H_____ a retenu les diagnostics de fracture enfoncement de la base du cinquième métacarpien gauche, de *status* post ostéotomie correctrice du cinquième métacarpien et hamatum pour cal vicieux et d'algoneurodystrophie. Actuellement, les douleurs étaient difficilement maîtrisées par le traitement médicamenteux et l'ergothérapie. La main était tenue en coupe. Une raideur diffuse était présente au niveau des doigts, du poignet et du coude dans une moindre mesure. Toutes les mesures de mobilité étaient extrêmement douloureuses. Le traitement actuel consistait surtout à maîtriser la douleur par voie médicamenteuse et ergothérapie. Aucun traitement chirurgical n'était à envisager. Un changement de profession était nécessaire dans un domaine où la main gauche n'avait pas besoin d'être utilisée. Ce changement était exigible de l'assuré.

k. Dans une appréciation psychiatrique du 17 mai 2017, le docteur I_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et médecin d'arrondissement de la SUVA, a relevé que la situation de l'assuré évoluait vers une invalidation

progressive et complète. Avant qu'elle ne soit trop avancée, il fallait tenter de la prendre en charge et de voir ce que l'assuré était réellement capable de faire ou non avec son membre supérieur gauche. Selon le Dr H_____, il serait désormais monomanuel, ce qui impliquait un handicap assez important. Compte tenu de cette situation à haut risque et du pronostic plus que réservé, le Dr I_____ recommandait d'adresser l'assuré à la CRR pour une évaluation pluridisciplinaire. S'agissant du lien de causalité entre cette situation et l'atteinte psychique, elle était au mieux probable.

I. L'assuré a séjourné au sein de la CRR du 11 juillet au 2 août 2017. Dans un rapport du 7 août 2017, les docteurs J_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, et K_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, ont posé les diagnostics d'exclusion du membre supérieur gauche, de probable SDRC de la main gauche au décours, de chute le 2 août 2013 avec fracture intra-articulaire de la base du cinquième métacarpien et de l'hamatum gauches, d'ostéotomie de la base du cinquième métacarpien gauche, ostéotomie de l'hamatum gauche et infiltration de la gaine des fléchisseurs du pouce gauche, d'ablation du matériel d'ostéosynthèse de l'hamatum et de la base du cinquième métacarpien gauches, et de possible trouble de l'adaptation, avec réaction dépressive prolongée.

L'évaluation psychiatrique évoquait la présence d'un trouble de l'adaptation, avec réaction dépressive prolongée chez un patient rapportant un état douloureux quasi permanent et n'exprimant pas d'autres plaintes spontanément. Sur le plan neurologique, l'électroneuromyogramme (ENMG) ne permettait pas de retenir des signes objectivables pour une atteinte des structures nerveuses du membre supérieur gauche. Il n'y avait pas non plus d'explication trouvée pour les crises douloureuses de l'hémicorps gauche. Les plaintes et limitations fonctionnelles ne s'expliquaient pas principalement par les lésions objectives. À quatre ans de son accident, même si un SDRC avait probablement compliqué l'évolution, aucun signe en faveur de la persistance de son activité n'était actuellement constaté. Malgré une exclusion du membre supérieur gauche, il n'était pas constaté d'amyotrophie significative, de troubles vasomoteurs ou de la trophicité et de raideur articulaire, les limitations des amplitudes constatées à l'examen clinique étaient en lien avec les douleurs annoncées et des autolimitations. Des facteurs contextuels jouaient un rôle important dans les plaintes et les limitations fonctionnelles rapportées par l'assuré.

Les incohérences suivantes étaient relevées : absence d'amyotrophie malgré l'exclusion du membre supérieur gauche présentée et intolérance au toucher superficiel du poignet et de la main gauches alors qu'une attelle AL était tolérée. Au décours de l'atteinte traumatique du poignet gauche ayant évolué vers un SDRC, actuellement au décours, on pouvait retenir les limitations fonctionnelles médico-théoriques suivantes : pas de port de charges supérieures à 15 kg et pas d'activité nécessitant une préhension en force avec la main gauche. La situation

était stabilisée du point de vue médical. Aucune nouvelle intervention n'était proposée. Le pronostic de reprise de l'activité habituelle était défavorable compte tenu de l'atteinte médicale retenue après l'accident. Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles était défavorable, en raison des facteurs non médicaux précités.

m. Le 26 septembre 2017, la SUVA a demandé au Dr H_____ si, à la lumière du rapport de la CRR du 7 août 2017, il maintenait la limitation fonctionnelle de l'absence d'utilisation de la main gauche retenue dans son rapport d'examen du 22 mars 2017. Le même jour, le Dr H_____ lui a répondu que les limitations fonctionnelles retenues par la CRR après un séjour d'environ trois semaines étaient précises et pouvaient être utilisées dans le cadre de l'exigibilité.

n. Dans un document interne du 29 septembre 2017, la SUVA a retenu cinq descriptifs de postes de travail (ci-après : DPT) adaptés à l'assuré. L'ensemble des DPT sélectionnés nécessitait le port de charges très légères (jusqu'à 5 kg), et parfois légère (entre 5 et 10 kg), et l'usage des deux mains.

o. Le 29 septembre 2017, la SUVA a informé l'assuré que, selon la CRR, son état était stabilisé, de sorte qu'elle mettait fin au paiement des soins médicaux et des indemnités journalières avec effet au 31 octobre 2017. Son éventuel droit à une rente d'invalidité était actuellement examiné. Son droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI) allait être confirmé dans la décision d'attribution.

p. Par décision du 19 octobre 2017, la SUVA a nié à l'assuré tout droit à une rente d'invalidité et lui a octroyé une IPAI de CHF 12'600.- correspondant à 10% du montant maximal du gain annuel assuré.

Il ressortait du dossier que les troubles psychogènes de l'assuré n'étaient pas en relation de causalité avec l'accident du 2 août 2013. Aucune prestation n'était donc due à ce titre. Sur la base des constatations médicales, l'assuré était capable de travailler à plein temps dans une activité adaptée. Cette capacité de travail médicalement exigible lui permettait d'exercer une profession, par exemple, dans différents secteurs de l'industrie et de réaliser un salaire de CHF 58'478.-. Comparé à son revenu de CHF 58'097.- réalisable avant l'accident, il n'y avait « quasiment » pas de perte de gain, de sorte qu'aucune rente d'invalidité n'était due. Si son état de santé exigeait la reprise du traitement médical en lien avec l'accident, l'assuré avait la possibilité de le lui annoncer.

q. Le 21 novembre 2017, l'assuré a, par l'intermédiaire de son conseil, formé opposition à cette décision. Il a contesté la stabilisation de son état de santé. Subsidiairement, il contestait être capable de travailler dans une activité adaptée.

r. Dans une appréciation médicale du 6 février 2018, le Dr H_____ a rappelé l'évolution du cas et les dernières conclusions de la CRR. L'établissement des limitations fonctionnelles avait été défini sur la base de facteurs médicaux.

L'exigibilité était complète aussi bien en temps qu'en rendement dans une activité adaptée aux limitations établies après le séjour de l'assuré au sein de la CRR.

s. Par décision sur opposition du 12 février 2018, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assuré et retiré l'effet suspensif à un éventuel recours. En ce qui concernait les seules séquelles de l'accident, la CRR avait retenu des limitations fonctionnelles, soit éviter les ports de charges supérieures à 15 kg et les activités nécessitant une préhension en force avec la main gauche. Le Dr H_____ avait fait siennes ces limitations et précisé que la capacité de travail de l'assuré était entière dans une activité adaptée. L'assuré n'avait apporté aucun élément objectif permettant de remettre en question les conclusions de ce médecin.

- C. a. Le 15 mars 2018, l'assuré a, par l'intermédiaire de son conseil, interjeté recours contre cette décision (cause A/908/2018) par-devant la chambre de céans. Il a conclu principalement à l'annulation de la décision et à la poursuite du versement de l'indemnité journalière dès le 1^{er} novembre 2017 jusqu'à épuisement du droit aux prestations, et subsidiairement à l'annulation de la décision et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} novembre 2017.

Les limitations fonctionnelles retenues par la SUVA étaient trop restrictives, dès lors qu'elles ne prenaient pas en considération les limitations importantes liées aux douleurs ressenties. À l'appui de son recours, le recourant a notamment produit un rapport de consultation ambulatoire de la douleur établi le 5 février 2018 par la Dre L_____, le docteur M_____, psychiatre consultant, et le docteur N_____, médecin interne, du centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur des HUG. Ces médecins ont retenu les diagnostics de douleurs chroniques du membre supérieur gauche avec une composante neuropathique et de tout l'hémicorps gauche sous-tendus par une sensibilisation centrale, de *status* post ostéotomie intra-articulaire de la base du cinquième métacarpien et de l'hamatum pour cal vicieux et de *status* post fracture du cinquième doigt à gauche le 2 août 2013. Malgré le traitement, le recourant présentait toujours des douleurs sans réelle amélioration. Actuellement les douleurs étaient localisées au niveau de tout le membre supérieur gauche sans territoire précis, avec une irradiation des douleurs dans tout l'hémicorps gauche. Les douleurs étaient permanentes de type arrachement et d'une intensité de 8/10 sur l'échelle visuelle analogique (EVA) avec les médicaments.

b. Par arrêt du 17 septembre 2018 (ATAS/819/2018), la chambre de céans a déclaré irrecevables les conclusions tendant au versement d'indemnités journalières, déclaré recevable le recours pour le surplus, admis partiellement le recours, annulé la décision litigieuse et invité la SUVA à se prononcer dans une décision formelle sur les questions de la stabilisation du cas au 31 octobre 2017 et de la suppression du droit aux indemnités journalières dès cette même date. Un recours de la SUVA au Tribunal fédéral contre cet arrêt a été déclaré irrecevable (arrêt du Tribunal fédéral 8C_725/2018 du 10 janvier 2020). La chambre de céans a considéré que la SUVA ne pouvait se fonder ni sur le rapport d'expertise de la

CRR du 7 août 2017, ni sur les avis du Dr H_____ des 26 septembre 2017 et 6 février 2018, faute de valeur probante de ces rapports médicaux.

c. Par décision du 5 février 2020, la SUVA a cessé le versement de l'indemnité journalière au 31 octobre 2017, en considérant que la situation était stabilisée et, le 25 février 2020, l'assuré a renoncé au versement de l'indemnité journalière et requis une rente d'invalidité.

d. Le 6 juillet 2020, le docteur O_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin-conseil de la SUVA, a examiné l'assuré et rendu un rapport. Il a posé les diagnostics de *status* après traitement chirurgical d'une fracture de la base du cinquième métacarpien gauche et de *status* après SDRC en décours, sans signes aujourd'hui d'anomalie objective d'une pathologie active. Il n'y avait pas de manifestation clinique évidente et active du SDRC ; il n'y avait pas d'explication à une incapacité totale du membre supérieur gauche ; une activité respectant les limitations fonctionnelles suivantes pouvait être effectuée : port de charges de plus de 15 kg avec le membre supérieur gauche, travaux nécessitant une force de serrage avec la main gauche et de mobilisation en flexion, extension et pronosupination de l'avant-bras ; l'IPAI n'était pas modifiée.

e. Le 18 septembre 2020, la docteure P_____, spécialiste FMH en chirurgie et médecin-conseil de la SUVA, a rendu une appréciation selon laquelle la profession de carreleur n'était plus exigible mais l'assuré pouvait exercer une activité adaptée à 100%, en respectant les limitations posées par le Dr O_____, elle a également fixé l'interdiction de toute activité nécessitant des mouvements répétés au-dessus de l'horizontale. La main et le membre supérieur gauches pouvaient servir d'accompagnement à la main droite et il fallait privilégier des activités avec appui sur un établi.

f. Le 29 septembre 2020, la SUVA a fixé le degré d'invalidité à 15% (revenu sans invalidité de CHF 58'097.- et revenu d'invalidité de CHF 67'071.-, selon l'ESS 2016, indexé à 2017, pour 41,7 heures de travail hebdomadaire, niveau 1, homme, sans abattement).

g. Par décision du 29 septembre 2020, la SUVA a refusé le droit à une rente d'invalidité et accordé une IPAI de 10%. Les troubles psychogènes n'étaient pas en relation de causalité adéquate avec l'accident.

h. Le 29 octobre 2020, l'assuré a fait opposition à la décision précitée, en relevant que le calcul du degré d'invalidité devait se faire sur la base des DPT, subsidiairement qu'un abattement de 25% devait lui être accordé, et qu'il avait une capacité de travail de 20% au maximum.

i. Par décision du 22 janvier 2021, la SUVA a rejeté l'opposition, aucun élément objectif ne remettant en cause l'exigibilité posée par les Drs O_____ et P_____ ; par ailleurs les DPT n'étaient plus utilisées depuis le 1^{er} janvier 2019.

-
- D.**
- a.** Le 22 février 2021, l'assuré, représenté par son avocat, a recouru auprès de la chambre de céans à l'encontre de la décision précitée (cause A/626/2021), en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité complète ; l'instruction était incomplète et il convenait d'entendre les Drs C_____ et L_____ ; la conclusion du Dr O_____ quant à une capacité de travail totale était incompréhensible ; il considérait être capable de travailler à 20% maximum.
- b.** Le 23 mars 2021, la SUVA a conclu au rejet du recours.
- c.** Le 21 juin 2021, la chambre de céans a entendu les parties lors d'une audience de comparution personnelle. Le recourant a déclaré qu'il n'arrivait pas à travailler en raison de douleurs qui irradiaient depuis la main gauche dans tout le bras, jusqu'à la nuque et jusqu'au pied.
- d.** À la demande de la chambre de céans, les médecins suivants ont donné des renseignements complémentaires :
- La Dre L_____ a communiqué les rapports du centre de la douleur établis les 2 juin 2015, 20 octobre 2016, 5 février 2018 et 17 juillet 2018.
 - Le docteur S_____, spécialiste FMH en médecine générale, a indiqué le 30 août 2021 que l'assuré présentait un syndrome douloureux chronique du membre supérieur gauche, avec une quasi impotence de celui-ci et une capacité de travail nulle.
 - Le 8 octobre 2021, la docteure Q_____, spécialiste FMH en médecine interne, et le docteur R_____, médecin adjoint responsable d'unité aux HUG, ont indiqué un suivi depuis le 14 mai 2021 pour un SDRC avec douleurs chroniques du membre supérieur gauche, avec composante neuropathique de tout l'hémicorps gauche sous-tendues par une sensibilisation centrale ; le traitement était principalement de l'antalgie.
 - Le 18 novembre 2021, le Dr C_____ a posé les diagnostics de cal vicieux intra-articulaire de la base du cinquième métacarpien et de l'hamatum gauches, un SDRC type I probable, un état de stress post-traumatique et une possible irritation de la branche sensitive dorsale du nerf ulnaire, non documentée objectivement. L'assuré était capable de travailler dans une activité monomanuelle droite complète avec une aide appréciable de la main gauche depuis le 1^{er} janvier 2019, à un taux de 80%, avec un rendement de 50%. Il y avait des signes d'autolimitation qui pourraient ne pas être volontaires, mais dus à l'état douloureux chronique. Il était d'accord avec une capacité de travail totale établie par le Dr O_____ mais avec une diminution de rendement de 20%.
- e.** Le 20 décembre 2021, le recourant a observé qu'il s'appuyait sur le rapport du Dr S_____ et qu'il sollicitait un complément d'information de la part du Dr C_____ sur l'avis du Dr S_____.

f. Le 19 janvier 2022, la SUVA a persisté dans ses conclusions, en relevant que les rapports médicaux récents ne témoignaient d'aucun élément médical objectif de nature à mettre en doute les constatations de la SUVA.

g. Par ordonnance du 1^{er} juillet 2022 (ATAS/632/2022), la chambre de céans a confié une expertise judiciaire neurologique à la docteure T_____, cheffe de clinique du service de neurologie des HUG, et au docteur U_____, médecin interne du service de neurologie des HUG, en considérant que les avis des Drs O_____ (du 6 juillet 2020) et P_____ (du 18 septembre 2020) ne permettaient pas de retenir une capacité de travail totale du recourant dans une activité adaptée et qu'il existait un doute sur les limitations fonctionnelles du recourant et, en particulier, sur l'impact du SDRC et le taux de capacité de travail exigible.

h. Le 5 décembre 2022, le V_____ a rendu, à la demande de l'OAI, une expertise pluridisciplinaire (docteurs W_____, spécialiste FMH en psychiatrie, X_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, Y_____, spécialiste FMH en neurologie, et Z_____, spécialiste FMH en rhumatologie).

Les experts ont posé les diagnostics d'algodystrophie post-traumatique de la main gauche (M89.0), de syndrome douloureux de l'hémicorps gauche sans support anatomique, de *status* après fracture du cinquième métacarpien de la main gauche (S62.3), opérée à deux reprises, avec douleurs nociceptives persistantes majeures et sensibilisation centrale (G62.9), conduisant à l'extension du schéma anatomique douloureux sur tout l'hémicorps gauche, mais principalement situé au membre supérieur gauche jusqu'à la racine de l'épaule ; pas de diagnostics d'ordre de la médecine interne ou psychiatrique.

Dans une activité adaptée aux limitations neurologiques, la capacité de travail était de 100% avec une baisse de rendement de 20% depuis mai 2015.

Les douleurs de la main gauche étaient clairement en cohérence avec un *status* après fracture du cinquième métatarsien, l'ensemble des douleurs du membre supérieur gauche, voire de l'hémicorps gauche était plutôt à mettre en relation avec une chronicisation de la douleur et, telle qu'évoquée par les médecins de la douleur, une sensibilisation centrale.

L'expert neurologue a relevé que du fait de la médication en cours et des troubles de la concentration, dans la mesure où l'assuré pourra exercer une activité légère ne mettant à contribution pour ainsi dire que le membre supérieur droit, le membre supérieur gauche servant d'appoint avec limitation de charge, une activité qui ne nécessite pas de monter sur une échelle ou escabeau, activité qui ne nécessite pas de travail sur des machines, la capacité de travail neurologique / neuropsychologique pouvait être évaluée à 80%, par ralentissement d'exécution des tâches et ce, environ une année après la deuxième intervention datée du 28 avril 2014, c'est-à-dire au mois de mai 2015, date de la consultation et prise en charge de la douleur par la Dre L_____.

i. Le 6 décembre 2022, le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) s'est rallié à l'expertise du V_____ et a conclu à une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle dès le 2 août 2013 et de 100% avec une baisse de rendement de 20% dans une activité adaptée dès le 1^{er} janvier 2015.

j. Le 10 février 2023, l'OAI a fixé le degré d'invalidité du recourant à 20%, les revenus avec et sans invalidité étant tous deux basés sur l'ESS 2014, Tableau TA1, niveau 4, homme, actualisés à 2015.

k. Par décision du 3 avril 2023, l'OAI a rejeté la demande de prestations.

E. a. Le 12 mai 2023, l'assuré a recouru auprès de la chambre de céans à l'encontre de la décision de l'OAI du 3 avril 2023 (cause A/1630/2023), en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 2 août 2014.

b. Le 12 juin 2023, l'OAI a conclu au rejet du recours, en soulignant que l'expertise du V_____ était probante.

c. Le 4 août 2023, les experts judiciaires ont rendu leur rapport. Ils ont posé les diagnostics de trouble fonctionnel avec hémisynndrome douloureux sensitif avec sous-utilisation du membre supérieur gauche secondaire à une sensibilisation centrale d'un SDRC ; SRDC de type I de forme « froide » dans le décours post-ablation matériel d'ostéosynthèse ostéotomie base du cinquième métacarpien et hamatum gauches ; fracture base du cinquième métacarpien et hamatum gauches à la suite d'une fracture post-traumatique avec développement d'un cal vicieux sur le lieu de travail ; trouble de l'adaptation et anxio-dépressif prolongé réactionnel post-traumatique.

Les deux premiers diagnostics étaient apparus en avril 2014. L'assuré présentait des limitations fonctionnelles d'augmentation des douleurs à l'effort, lors de la station assise prolongée et lors de l'application d'eau froide, responsables de troubles de la concentration importants pour lesquels il n'arrivait pas à lire plus de 10 mn ; limité dans ses loisirs, les douleurs l'empêchant parfois d'aller au cinéma ou de se déplacer hors du domicile ; il arrivait cependant à rester assis environ une heure maximum mais nécessitait rapidement de bouger. Il pouvait exercer un travail monomanuel droit, pas de position assise prolongée de plus d'une heure, avec possibilité de se déplacer. La capacité de travail de l'assuré était nulle dans son activité habituelle et de 50% dans une activité adaptée (selon table SUVA pour impotence totale du membre supérieur gauche) depuis le 22 mars 2017 (selon l'évaluation du Dr H_____).

d. Le 18 août 2023, le recourant a versé au dossier AI l'expertise judiciaire du 4 août 2023 et requis une modification de la décision de l'OAI.

e. Le 25 août 2023, le recourant a observé qu'il convenait de prendre en compte une capacité de travail de 50% et un abattement sur le salaire d'invalidé de 25%, en raison des limitations fonctionnelles, de l'absence de formation et d'autorisation de séjour en Suisse. Il a communiqué une attestation de l'office

cantonal de la population et des migrations (OCPM) du 20 novembre 2017, mentionnant une demande d'autorisation de séjour à l'examen.

f. Le 11 septembre 2023, le SMR a estimé que les conclusions de l'expertise judiciaire ne pouvaient être suivies et a maintenu que la capacité de travail du recourant était totale dans une activité adaptée, avec une baisse de rendement de 20% dès mai 2015. L'OAI s'est rallié le même jour à l'avis du SMR.

g. Le 12 septembre 2023, la Dre P_____ s'est prononcée sur le rapport d'expertise judiciaire. Les limitations fonctionnelles étaient peu compréhensibles, la référence à la table de la SUVA pour fixer la capacité de travail était erronée et les experts faisaient preuve de lacunes grossières en asséculoogie.

h. Le 25 septembre 2023, la SUVA a conclu à l'ordonnance d'une contre-expertise et, en l'état, au rejet du recours.

i. À la demande de la chambre de céans, les experts judiciaires ont rendu un complément d'expertise le 5 décembre 2023. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : éviter le port de charges excédant 15 kg, éviter les activités en préhension forcée de la main gauche, éviter les activités avec une flexion / extension / pronation et supination répétitives de l'avant-bras et du poignet, éviter toute activité nécessitant des mouvements répétés au-dessus de l'horizontale et éviter des travaux à la chaîne nécessitant une stature prolongée assise et une attention soutenue de plus d'une heure. Le membre supérieur gauche pouvait servir d'accompagnement à la main droite, en privilégiant des activités avec appui sur un établi.

Il était probable que les troubles de la concentration étaient imputables aux douleurs chroniques ; le tableau anxio-dépressif participait probablement aux difficultés cognitives.

La capacité de travail était de 100%, avec une baisse de rendement de 20% en raison des troubles de la concentration rapportés et constatés cliniquement.

j. Le 10 janvier 2024, la SUVA a observé que la limitation de la position assise n'était pas en lien de causalité avec l'accident. Il ne ressortait pas des constatations objectives des experts que l'assuré avait des difficultés à rester concentré. La baisse de rendement n'était pas détaillée et même si l'on retenait une pause de dix minutes chaque heure, la baisse de rendement serait de 12,5%.

k. À la demande de la chambre de céans, les experts judiciaires ont rendu un complément d'expertise le 16 avril 2024.

Les difficultés de concentration du recourant avaient été mises en évidence lors de l'évaluation clinique de mars 2023, étaient objectivées et en lien tant avec l'aggravation des douleurs à l'effort qu'avec la position assise prolongée, laquelle pouvait provoquer une focalisation cognitive du recourant sur les douleurs, augmentant son ressenti algique avec interaction sur ses capacités attentionnelles.

Même dans une activité adaptée, le rendement était diminué de 20%, en raison des difficultés de concentration, le recourant ayant besoin de pauses supplémentaires. La limitation de la position assise prolongée était en lien avec les conséquences de l'accident de par la focalisation sur la douleur qu'elle entraînait. La capacité de travail du recourant, compte tenu des troubles en lien avec l'accident, était de 100%, avec une diminution de rendement de 20%.

l. Le 18 avril 2024, la chambre de céans a communiqué à l'OAI les compléments d'expertise judiciaire des 5 décembre 2023 et 16 avril 2024.

m. Le 13 mai 2024, l'OAI, suivant un avis du SMR du même jour, a estimé que le complément d'expertise neurologique du 16 avril 2024 était convaincant et a confirmé une capacité de travail exigible dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles d'épargne du membre supérieur gauche à un taux de 80% dès mai 2015.

n. Le 7 juin 2024, le recourant a observé que les experts avaient clairement retenu une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée et qu'ils avaient, de façon incompréhensible, modifié leur appréciation par la suite. Il convenait de retenir une capacité de travail de 50%, étant relevé que le Dr S_____ avait conclu à une capacité de travail nulle. L'audition de celui-ci était requise.

o. Le 13 juin 2024, l'OAI a estimé que la capacité de travail résiduelle était évaluée de manière claire par les experts judiciaires et rejoignait celle des experts du V_____ et celle des médecins du SMR, si bien qu'il n'y avait pas lieu de s'en écarter. L'audition du Dr S_____ n'était ainsi pas utile.

p. Le 19 juin 2024, la Dre P_____ a rendu un avis médical selon lequel le complément d'expertise du 16 avril 2024 comprenait des incohérences (le recourant pouvait conduire une heure mais ne pouvait pas lire plus de dix minutes et dans les activités quotidiennes les troubles de la concentration n'étaient pas évoqués). Elle contestait le diagnostic d'hémisyndrome douloureux sensitif avec sous-utilisation du membre supérieur gauche avec composante fonctionnelle inconsciente secondaire à une sensibilisation centrale d'un syndrome douloureux régional complexe.

La CRR n'avait pas retenu d'atteinte des structures nerveuses ni d'explication aux crises douloureuses de l'hémicorps gauche. Le Dr O_____ avait nié une sous-utilisation du membre supérieur gauche, un SDRC actif et mis en évidence des incohérences. Le Dr C_____ avait mis en évidence des incohérences. Le diagnostic de trouble de l'adaptation et anxio-dépressif prolongé réactionnel post-traumatique sortait du champ de compétence des experts.

La perte de rendement était en lien avec les diagnostics précités contestés, de sorte qu'elle ne pouvait être retenue.

q. Le 28 juin 2024, la SUVA a estimé que l'expertise judiciaire n'était pas probante. Les experts n'avaient pas tenu compte du rapport du Dr C_____. Ils ne

discutaient pas l'absence de substrat organique objectivable. Les difficultés de concentration n'étaient pas objectivées. Il convenait de suivre les avis des Drs O_____ et C_____ et d'ordonner une surexpertise.

r. Le 7 août 2024, la chambre de céans a communiqué à la SUVA une copie du rapport d'expertise du V_____ du 5 décembre 2022, en lui demandant de se déterminer sur ses conclusions.

s. Par ordonnances du 8 août 2024, le dossier AI a été versé au dossier LAA et inversement.

t. Le 18 octobre 2024, la Dre P_____ a estimé que l'évaluation consensuelle des experts du V_____ n'était pas convaincante. Elle rejoignait les diagnostics, limitations fonctionnelles et taux de capacité de travail retenus par le Dr Z_____ ; en particulier, elle confirmait le diagnostic d'algoneurodystrophie post-traumatique de la main gauche. En revanche, elle contestait le diagnostic posé par le Dr Y_____ de douleurs nociceptives persistantes majeures et sensibilisation centrale, car les Drs C_____, O_____ et les médecins de la CRR n'avaient pas retenu ce diagnostic. Elle contestait la perte de rendement de 20% car les troubles de la concentration n'avaient pas été retenus lors de l'expertise psychiatrique et le recourant regardait des matchs de football à la télévision et conduisait. Aucun élément médical allait dans le sens du diagnostic retenu par le Dr Y_____. Il apparaissait peu vraisemblable que les auto-exercices effectués par le recourant puissent empêcher la fonte musculaire du bras. Le recourant présentait des douleurs chroniques, sans substrat organique.

u. Le 22 octobre 2024, la SUVA a estimé que l'expertise du V_____ présentait des lacunes et des incohérences significatives ; les experts semblaient se contredire sans qu'un consensus ne se dégage ; l'évaluation globale n'analysait pas les observations des experts neurologiques et rhumatologiques ; le rhumatologue avait relevé des incohérences : il manquait une analyse plasmatique pour les antalgiques ; la capacité de travail partielle retenue était une conclusion hâtive, dénuée de justification solide et qui ne tenait pas compte des divergences entre experts.

EN DROIT

1.

1.1 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 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-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

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

1.2 Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 60 LPGA).

2. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité.
3. Le 1^{er} janvier 2022, les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705) ainsi que celles du 3 novembre 2021 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI – RS 831.201 ; RO 2021 706) sont entrées en vigueur.

En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la référence). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, est déterminant le moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Si elle est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (arrêt du Tribunal fédéral 9C_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2. et les références).

En l'occurrence, la décision querellée a certes été rendue postérieurement au 1^{er} janvier 2022. Toutefois, la demande de prestations ayant été déposée en 2014 et le délai d'attente d'une année venant à échéance en août 2014, un éventuel droit à une rente d'invalidité naitrait antérieurement au 1^{er} janvier 2022 (art. 28 al. 1 let. b et 29 al. 1 LAI), de sorte que les dispositions applicables seront citées dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

3.1 Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).

En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de

réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).

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

3.2

3.2.1 Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement 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, à ce motif, incapable de travailler (ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les références ; 125 V 256 consid. 4 et les références). 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 et les références).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (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 importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3).

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

3.2.2 Ainsi, en principe, 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 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; 125 V 351 consid. 3b/bb).

3.2.3 Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 143 V 269 consid. 6.2.3.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

3.2.4 Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

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

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4).

3.2.5 Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5 ; 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

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

3.2.7 On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ;

arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV n° 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le 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 traitants 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 8C_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références).

3.3 Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu réaliser s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 8 al. 1 et art. 16 LPG).

La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 128 V 29 consid. 1 ; 104 V 135 consid. 2a et 2b).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et 128 V 174).

3.3.1 Pour déterminer le revenu sans invalidité, il convient d'établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas devenu invalide. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Partant de la présomption que l'assuré aurait continué d'exercer son activité sans la survenance de son invalidité, ce revenu se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en prenant en compte également l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente ; des exceptions ne peuvent être admises que si elles sont établies au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 139 V 28 consid. 3.3.2 et les références ; 135 V 297 consid. 5.1 et les références ; 134 V 322 consid. 4.1 et les références). Toutefois, lorsque la perte de l'emploi est due à des motifs étrangers à l'invalidité, le salaire doit être établi sur la base de valeurs moyennes. Autrement dit, dans un tel cas, n'est pas déterminant pour la fixation du revenu hypothétique de la personne valide le salaire que la personne assurée réaliserait actuellement auprès de son ancien employeur, mais bien plutôt celui qu'elle réaliserait si elle n'était pas devenue invalide. Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, un tel cas d'exception se présente par exemple lorsque le poste de travail que l'assuré

occupait avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment de l'évaluation de l'invalidité, lorsqu'il n'aurait pas pu conserver son poste en raison des difficultés économiques, en cas de faillite ou de restructuration de l'entreprise (arrêt du Tribunal fédéral 8C_746/2023 du 7 juin 2024 consid. 4.3 et les références).

Tel sera le cas également lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide ; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontra d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2).

Le salaire réalisé en dernier lieu comprend tous les revenus d'une activité lucrative (y compris les gains accessoires, la rémunération des heures supplémentaires effectuées de manière régulière) soumis aux cotisations à l'assurance-vieillesse et survivants. À cet effet, on se fondera en principe sur les renseignements fournis par l'employeur (arrêt du Tribunal fédéral 9C_434/2023 du 30 novembre 2023 consid. 3 et la référence).

3.3.2 Quant au revenu d'invalidité, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 143 V 295 consid. 2.2 et la référence ; 135 V 297 consid. 5.2 et les références). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table TA1 de l'ESS, à la ligne « total secteur privé » (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa), étant précisé que, depuis l'ESS 2012, il y a lieu d'appliquer le tableau TA1_skill_level (ATF 142 V 178). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 126 V 75 consid. 3b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_58/2021 du 30 juin 2021 consid. 4.1.1).

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) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 148 V 174

consid. 6.3 et les références ; 135 V 297 consid. 5.2 ; 134 V 322 consid. 5.2 et les références). Il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération ; il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret (ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références). D'éventuelles limitations liées à la santé, déjà comprises dans l'évaluation médicale de la capacité de travail, ne doivent pas être prises en compte une seconde fois dans l'appréciation de l'abattement, conduisant sinon à une double prise en compte du même facteur (ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références ; 146 V 16 consid. 4.1 et ss. et les références). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3).

3.4

3.4.1 Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références ; 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

3.4.2 Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 145 I 167 consid. 4.1 et les références ; 140 I 285 consid. 6.3.1 et les références). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d).

- 4.** En l'occurrence, l'intimé s'est fondé sur l'expertise pluridisciplinaire du V _____ du 5 décembre 2022 pour retenir que le recourant présente une capacité de travail de 100%, avec une diminution de rendement de 20%, depuis le 1^{er} mai 2015.

4.1 Fondé sur toutes les pièces du dossier, comprenant une anamnèse détaillée, la description des plaintes du recourant, des diagnostics clairs et une évaluation motivée et convaincante de la capacité de travail du recourant, à la suite d'une

évaluation consensuelle des experts, le rapport d'expertise du V_____ du 5 décembre 2022 répond aux réquisits jurisprudentiels précités pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante.

4.1.1 Le recourant conteste la valeur probante de cette expertise, en faisant valoir l'avis du Dr S_____ du 30 août 2021, selon lequel il présentait un syndrome douloureux chronique du membre supérieur gauche, avec une impotence de ce membre qui empêchait tout usage professionnel.

Or, ce rapport, qui émane d'un médecin traitant, est insuffisamment motivé pour faire douter des conclusions du rapport d'expertise du V_____, ce d'autant que celles-ci rejoignent totalement celles prises par les experts judiciaires neurologues mandatés par la chambre de céans dans le cadre de la procédure LAA (A/626/2021) opposant le recourant à la SUVA (expertise judiciaire de la Dre T_____ et du Dr U_____, du 4 août 2023, complétée les 5 décembre 2023 et 16 avril 2024).

À cet égard, le recourant estime que les premières conclusions des experts judiciaires doivent être retenues, soit une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, ce d'autant que le Dr S_____ attestait d'une incapacité de travail totale. Ce grief ne peut être retenu. En effet, les experts judiciaires ont précisé clairement leur évaluation dans deux compléments d'expertise, de sorte que ceux-ci corrigent, de façon motivée, la première évaluation de la capacité de travail du recourant, fondée sur une base erronée, soit en référence aux tables de la SUVA pour évaluer les atteintes à l'intégrité. Le SMR a en outre estimé que l'expertise judiciaire, complétée les 5 décembre 2023 et 16 avril 2024, était convaincante (avis du SMR du 13 mai 2024). Par ailleurs, dans un arrêt de ce jour, la chambre de céans a constaté l'entière valeur probante de l'expertise judiciaire précitée, laquelle conclut également à une capacité totale de travail du recourant dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, avec une diminution de rendement de 20%.

La chambre de céans considère, dans ces conditions, que l'audition du Dr S_____, que le recourant a requise, ne permettrait pas d'arriver à une autre conclusion, de sorte qu'il y sera renoncé, par appréciation anticipée de preuves.

4.1.2 Au demeurant, les conclusions convergentes des expertises du V_____ et judiciaire permettent de retenir que le recourant était totalement incapable de travailler depuis le 2 août 2013 et apte à exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles à un taux de 80%. Selon les experts du V_____, l'aptitude à la réadaptation est donnée dès le 1^{er} mai 2015, ce qui n'est pas spécifiquement contesté par le recourant.

Le fait que les experts judiciaires, dans le cadre du volet LAA, ont estimé que la capacité de travail de 80% était exigible dès le 22 mars 2017 seulement, suivant en cela la date de l'examen du Dr H_____ du même jour, n'est pas déterminant.

En effet, l'intimé, contrairement à l'assureur-accidents, n'a pas à attendre l'issue des mesures thérapeutiques ni la stabilisation du cas mais est tenu d'évaluer la capacité de gain des assurés bien avant (arrêt du Tribunal fédéral 8C_239/2020 du 19 avril 2021).

Or, aucun élément médical ne remet en doute l'aptitude à la réadaptation du recourant, au 1^{er} mai 2015, de sorte que celle-ci sera confirmée.

4.2 Il convient de calculer le degré d'invalidité.

Au 2 août 2014, le recourant présentait une incapacité de travail totale, de sorte qu'il a droit à une rente entière d'invalidité. L'intimé a cependant constaté que le recourant ne présentait pas, à cette date, trois années de cotisation, de sorte qu'il n'avait pas droit à la rente. Ce point n'est pas contesté par le recourant.

Au 1^{er} mai 2015, le recourant présentait une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée.

L'intimé s'est fondé, pour évaluer les revenus sans et avec invalidité, sur l'ESS 2014, niveau 1, pour 41,7 heures de travail par semaine, indexé à l'année 2015.

Ce calcul, d'ailleurs non contesté par le recourant, peut être confirmé.

Dans la mesure où les revenus avec et sans invalidité sont identiques, la perte de gain du recourant correspond à la perte de rendement de 20%, étant relevé qu'un abattement sur le revenu d'invalidité n'est pas justifié, selon les critères jurisprudentiels précités, en particulier les limitations fonctionnelles étant déjà prises en compte dans le cadre de la diminution de rendement.

En conséquence, le degré d'invalidité est de 20%, taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

5. Au vu de ce qui précède, le recours ne peut qu'être rejeté.

Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1 bis LAI)

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à charge du recourant.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Adriana MALANGA

Valérie MONTANI

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