



POUVOIR JUDICIAIRE

A/1014/2018

ATAS/855/2019

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Ordonnance d'expertise du 24 septembre 2019**

**6<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié c/o Mme B\_\_\_\_\_, à MEYRIN,  
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Yann  
ARNOLD

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente.**

---

### EN FAIT

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après l'assuré ou le recourant), né le \_\_\_\_\_ 1981, originaire de Macédoine, est entré en Suisse en 2001 et a exercé depuis le 23 juin 2014 comme plâtrier/plaquistes pour Monsieur C\_\_\_\_\_ ; il était assuré à ce titre, selon la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20) auprès de la CAISSE NATIONALE D'ASSURANCES EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après : SUVA).
2. Le 27 juin 2014, l'assuré s'est entaillé la main gauche avec un fer d'angle. Il a été en incapacité de travail jusqu'au 13 juillet 2014. Le cas a été annoncé à la SUVA le 4 juillet 2014, laquelle l'a pris en charge.
3. Le 3 septembre 2014, l'employeur a annoncé une rechute à la SUVA le 19 août 2014 entraînant une incapacité de travail totale, la plaie de l'assuré s'était rouverte alors qu'il travaillait. La SUVA a pris le cas en charge.
4. Un diagnostic de névrome douloureux de la base du pouce gauche a été posé par les docteurs D\_\_\_\_\_, du centre Helveticare SA (avis du 2 septembre 2014), et E\_\_\_\_\_, FMH chirurgie de la main (avis des 19 septembre 2014 et 7 octobre 2014).
5. Le 2 décembre 2014, l'assuré a subi une intervention effectuée par le Dr E\_\_\_\_\_ (cure de névrome d'une branche sensitive du nerf radial gauche) ; le Dr E\_\_\_\_\_ a relevé que l'assuré avait développé après son accident de douleurs importantes de type allodynique sur le trajet d'une branche sensitive du radial.
6. Le 26 janvier 2015, le Dr E\_\_\_\_\_ a constaté une récupération pauvre, un déficit musculaire de la main opérée et la persistance de l'allodynie au contour de la cicatrice ; le 16 février 2015, il a attesté de la persistance d'une incapacité de travail totale et d'un traitement médical en cours ; le 5 mars 2015 il a mentionné une allodynie, une hyperesthésie et une incapacité de travail toujours en cours.
7. Le 5 mars 2015, le docteur F\_\_\_\_\_, FMH chirurgie orthopédique et traumatologie, médecin de la SUVA, a relevé que l'incapacité de travail était justifiée.
8. Le 17 juillet 2015, le Dr E\_\_\_\_\_ a attesté d'une capacité de travail de 50 % dès le 24 mai 2015 ; l'assuré avait repris une activité de plâtrier-plaquistes à 50 %.
9. Le 28 septembre 2015, le Dr E\_\_\_\_\_ a attesté de progrès limités suite à l'intervention du 2 décembre 2014, l'assuré présentant des douleurs de type allodynie extrêmement gênantes, au simple attouchement de la zone de névrome ; le 1<sup>er</sup> février 2016 il a relevé un état stationnaire.
10. Le 31 mars 2016, l'assuré a subi une intervention effectuée par le Dr E\_\_\_\_\_ (résection de névrome de la branche sensitive du radial gauche et enfouissement intramusculaire des moignons proximal et distal au poignet gauche).

11. Le 5 juillet 2016, le Dr E\_\_\_\_\_ a attesté d'une évolution défavorable avec des douleurs intolérables ; il convenait de convoquer l'assuré à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR).
12. L'assuré a séjourné à la CRR du 13 septembre au 26 octobre 2016. Les diagnostics d'allodynie en territoire de la branche superficielle du nerf radial gauche et plaie partie dorso-radiale à la base du pouce gauche suturée en urgence le 17 juin 2014, ont été posés. L'assuré présentait les limitations fonctionnelles provisoires suivantes : ports de charges lourdes, activités nécessitant une préhension de force avec la main gauche ou des mouvements répétitifs avec la main gauche. La situation n'était pas stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles.
13. Le 19 janvier 2017, le Dr F\_\_\_\_\_ a indiqué qu'il fallait prévoir une activité avec limitation de port des charges de la main gauche.
14. Le 3 mars 2017, l'assuré a déposé une demande de prestations d'invalidité.
15. Suite à un entretien avec l'assuré du 3 mai 2017, la réadaptation professionnelle de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après : OAI) a proposé une prise en charge de cours de français.
16. Le 11 mai 2017, le Dr F\_\_\_\_\_ a rendu un rapport suite à une appréciation médicale du 1<sup>er</sup> mai 2017 ; il a posé les diagnostics de névrome post-traumatique après une plaie au niveau de la face antéro-externe du tiers distal de l'avant-bras gauche. Persistance de douleurs, malgré deux interventions chirurgicales correctrices avec excision de névrome. L'assuré portait jour et nuit un gant de protection. Il a estimé l'atteinte à l'intégrité à 10 %. Il persistait une nette diminution de la force au niveau de la main gauche et une zone de douleurs allodymiques en regard. De nombreuses séances d'ergothérapie avaient été prescrites et l'assuré déclarait avoir retiré un grand bénéfice de son séjour à la CRR. Sur le plan professionnel, on pouvait conclure que l'ancienne activité de plaquiste nécessitant la manipulation de lourdes charges à deux mains n'était plus exigible. Sur le plan de l'exigibilité, dans une activité professionnelle réalisée indifféremment en position assise ou debout, sans limitation de port de charges du côté droit avec, pour le côté gauche, une utilisation des 4 derniers doigts ayant juste une fonction de stabilisation, sans devoir porter de charges du côté gauche, sans devoir monter sur une échelle ou un toit, on pouvait s'attendre à une activité professionnelle réalisée à la journée entière, sans baisse de rendement. Il ne devait pas exercer de travail sur des machines, compte-tenu d'un traitement médicamenteux pouvant entraîner des vertiges ou des épisodes de fatigue. Le cas était stabilisé aujourd'hui.
17. Le 11 mai 2017, la SUVA a informé l'assuré qu'elle cesserait le versement de l'indemnité journalière au 31 juillet 2017 et qu'elle examinerait le droit à une invalidité partielle dès le 1<sup>er</sup> août 2017.
18. Le 15 mai 2017, le Dr E\_\_\_\_\_ a attesté d'une évolution inchangée.

19. Par communication du 16 juin 2017, l'OAI a pris en charge un cours de français en faveur de l'assuré.
20. Le 7 juillet 2017, la réadaptation professionnelle a clôt le mandat en constatant un degré d'invalidité de 17 %. L'assuré pouvait travailler dans des activités comprenant des tâches simples de surveillance, d'accueil ou de réception, le SMR ayant estimé une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée.
21. Par communication du 11 juillet 2017, l'OAI a pris en charge les frais d'une orientation professionnelle auprès des EPI du 17 juillet au 15 octobre 2017.
22. Selon le questionnaire pour l'employeur du 12 juillet 2017, l'assuré recevrait depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016 CHF 29.- de l'heure et actuellement CHF 24,50 de l'heure.
23. L'assuré a été licencié pour le 31 juillet 2017.
24. Le Dr E\_\_\_\_\_ a attesté d'une capacité de travail de 50 % dès le 15 août 2017.
25. Le 30 août 2017, le Dr E\_\_\_\_\_ a rempli un rapport médical AI attestant d'une capacité de travail de 50 % dès le 15 août 2017, date du début de l'aptitude à la réadaptation. Il a posé le diagnostic de neuropathie post-traumatique branche sensitive dorsale du nerf radial avec exclusion de force ; l'assuré pourrait travailler dans l'atelier mécanique où il était actuellement, à 50 %.
26. Le rapport des EPI du 20 octobre 2017, rendu suite à l'orientation professionnelle mentionne que l'assuré a suivi une mesure à 100 % jusqu'au 14 août 2017 et à 50 % ensuite (selon certificat médical du Dr E\_\_\_\_\_). Il a conclu à l'impossibilité pour l'assuré de rejoindre le circuit économique ordinaire, ses rendements étant inexploitable pour le placement en entreprise ; l'assuré n'utilisait que sa main droite. Toute activité comportant l'utilisation des deux mains ne pouvait être réalisée. Le fait de travailler avec une seule main engendrait une baisse significative du rythme et de la continuité dans la tâche. Ceci influençait négativement la résistance physique et diminuait la polyvalence. Les raisons suivantes expliquaient les rendements en dent de scie : Pas d'utilisation du bras gauche ; tonus général faible à moyen ; polyvalence très diminuée ; gestuelle réduite à la seule utilisation du bras droit.
27. Le 24 octobre 2017, le SMR a estimé que l'on pouvait retenir une exigibilité entière dans une activité adaptée (légère, épargnant le membre supérieur gauche) dès la sortie de la CRR le 27 octobre 2016, exigibilité confirmée par le Dr F\_\_\_\_\_ le 1<sup>er</sup> mai 2017.

Il a retenu les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges avec le membre supérieur gauche, pas de sollicitation répétée du membre supérieur gauche, pas de travail en hauteur ou sur engin dangereux, pas de conduite automobile professionnelle ; préférer une activité légère effectuée indifféremment en position assise ou debout, sans travail de force ni travail de précision avec la main gauche, celle-ci pouvant être utilisée uniquement à une fonction de stabilisation d'un objet par les quatre derniers doigts.

28. Par projet de décision du 8 janvier 2018 et décision du 19 février 2018, l'OAI a rejeté la demande de prestations du recourant au motif qu'il aurait eu droit à une rente entière d'invalidité dès le 12 novembre 2015 mais que sa demande était tardive et que dès octobre 2016 son degré d'invalidité était de 17 %.
29. Par décision du 26 février 2018, la SUVA a refusé à l'assuré le droit à une rente d'invalidité au motif que son degré d'invalidité était de 1,38 % et lui a alloué une IPAI de CHF 12'600.-.
30. Le 2 mars 2018, le Dr E\_\_\_\_\_ a écrit à l'OAI que l'ancienne activité n'était plus exigible et qu'il convenait de reclasser l'assuré, à défaut d'une rente, l'usage de sa main gauche étant difficile, sinon impossible.
31. Le 14 mars 2018, l'assuré a fait opposition à la décision de la SUVA.
32. Le 23 mars 2018, l'assuré représenté par un avocat, a recouru auprès de la chambre des assurance sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision de l'OAI du 19 février 2018 (cause A/1014/2018 - AI), en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 12 novembre 2014, subsidiairement à l'octroi de mesures professionnelles et plus subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI afin qu'il procède dans le sens des considérants que la chambre de céans décidera.

Il était totalement incapable de travailler et rencontrait même des limitations dans des simples activités de la vie quotidienne ; l'OAI n'avait pas mentionné les activités exigibles et n'avait pas tenu compte des effets secondaires de son traitement.

Il a communiqué un bilan ergothérapeutique du 12 mars 2018, selon lequel il n'utilisait pratiquement pas sa main pendant les activités de la vie quotidienne à cause des douleurs que cela lui provoquait ; en effet le moindre mouvement incontrôlé du pouce ou du poignet provoquait des douleurs très importantes ; il utilisait parfois sa main pour stabiliser par exemple une feuille et utilisait la prise « index-majeur » et non « pollici-digitale » sauf dans les situations où il n'avait pas le choix ; il avait beaucoup de difficultés à réaliser les activités de la vie quotidienne.

33. Le 25 mai 2018, le recourant a complété son recours et requis une expertise judiciaire, l'audition du Dr E\_\_\_\_\_ et celle de sa fiancée, Madame B\_\_\_\_\_.

Le Dr E\_\_\_\_\_ avait certifié d'une capacité de travail de 50 % dans le cadre de son stage aux EPI et la CRR avait indiqué un pronostic de réinsertion limité ; une baisse de rendement aurait dû être prise en compte. Si l'on retenait une hypothétique capacité de travail de 50 %, avec une baisse de rendement de 50 %, on aboutissait à un degré d'invalidité de 80 % ; il était disposé à bénéficier de mesures professionnelles.

34. Le 22 juin 2018, le SMR a confirmé une capacité de travail totale dans un activité adaptée.

35. Le 2 juillet 2018, l'OAI a conclu au rejet du recours, au motif qu'il s'était fondé sur le dossier de la SUVA, probant, et qu'une expertise judiciaire n'était pas nécessaire, que le recourant avait bénéficié d'une orientation professionnelle mais que son engagement n'avait été que moyen, que le Dr F\_\_\_\_\_ avait tenu compte des effets du traitement médicamenteux en évaluant la capacité de travail du recourant, que les avis médicaux primaient les observations des EPI, que le revenu d'invalidité était représentatif de ce que le recourant était en mesure de réaliser, qu'enfin des mesures professionnelles n'entraient pas en ligne de compte car le taux de 17 % ne permettait pas un reclassement, que le recourant étant apte à travailler à 100 % sans limitations qui l'entravaient dans ses recherches de travail une aide au placement n'était pas justifiée et que des mesures ne sauraient être ordonnées si le recourant n'avait pas de perspective réaliste que son séjour soit légalisé et un permis de travail octroyé.
36. Le 11 juillet 2018, le Dr F\_\_\_\_\_ a rendu une appréciation médicale selon laquelle le traitement médicamenteux contre-indiquait l'utilisation de machine industrielle agressive ou potentiellement coupantes et une IPAI de 10 % était justifiée.
37. Le 3 août 2018, le recourant a répliqué en relevant que des facteurs psychosociaux ou socio-culturels n'étaient pas pertinents dans son cas, son incapacité de travail relevant d'une atteinte physique ; il allait épouser Madame B\_\_\_\_\_, ressortissante suisse ; il renouvelait sa demande d'une expertise judiciaire ; il s'était investi dans les thérapie et mesures ordonnées ; l'OAI n'avait pas indiqué les activités adaptées exigibles ; la diminution de rendement durant la mesure avait été objectivée (mouvement incontrôlable et utilisation du seul bras droit, fatigue) ; le salaire statistique se référait à des activités compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes, ce qui n'était pas son cas ; il avait été admis qu'il ne pouvait réaliser d'activités avec les deux mains et qu'il était quasi privé de l'usage d'une main.
38. Par décision du 13 août 2018, la SUVA a annulé sa décision du 26 février 2018 et reconnu à l'assuré une rente mensuelle de CHF 536.80 par mois, sur la base d'une incapacité de gain de 14 % (revenu sans invalidité de CHF 62'257.- et revenu d'invalidité de CHF 53'655.-) ainsi qu'une IPAI de 10 % (CHF 12'600.-). La décision mentionne qu'elle est soumise à la voie de l'opposition.
39. Le 3 septembre 2018, la chambre de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle (cause A/1014/2018 - AI).

Le recourant a déclaré : « Ma santé va très mal. J'ai des décharges électriques qui remontent jusqu'à la tête surtout lorsque je bouge le poignet, suite à la rupture du nerf radial, opéré par le Dr E\_\_\_\_\_. Cette deuxième opération n'a pas amélioré du tout ma situation, laquelle a même plutôt empiré. Lorsque j'ai séjourné à la CRR j'ai participé activement aux thérapies avec beaucoup d'engagement, ce qui m'a aussi finalement créé des douleurs supplémentaires et j'ai dû augmenter mon traitement médicamenteux. Actuellement, le Dr E\_\_\_\_\_ ne me suit plus et m'a

---

conseillé un médecin généraliste. Je suis suivi au CAMSCO aux HUG par le Dr G\_\_\_\_\_, généraliste, Monsieur H\_\_\_\_\_, infirmier en psychiatrie, et la Dresse I\_\_\_\_\_, psychiatre. J'ai rendez-vous le 7 septembre 2018 dans le cadre d'un réseau douleur mis en place par le Dr G\_\_\_\_\_, avec le Dr J\_\_\_\_\_. J'ai déjà eu une consultation avec les Drs G\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_. Le suivi a dû débuter il y a environ trois semaines. Le stage aux EPI s'est bien passé et cela m'a beaucoup aidé. Je ne sais plus exactement si le Dr F\_\_\_\_\_ m'a vu avant de rendre son appréciation.

Je m'estime capable de travailler à un certain pourcentage selon les indications des médecins, dans une activité qui soit adaptée à mon problème. Je suis prêt à être réadapté dans un nouveau métier. Je n'ai pas déposé une demande AI tout de suite car j'étais un peu perdu. Je ne connaissais pas le système. Je suis dans l'attente d'une autorisation de séjour en vue de mon mariage que j'ai demandée à l'OCPM. Je suis déjà fiancé à Mme B\_\_\_\_\_ qui est suisse. Dans le même temps, l'OCPM va examiner si les conditions d'un regroupement familial sont remplies ».

L'avocat du recourant a déclaré : « La SUVA a rendu une décision allouant une rente à hauteur de 14 %. Elle confirme son appréciation médicale. Nous allons examiner l'éventualité d'une contestation. La décision de l'OCPM devrait à mon sens être rendue d'ici la fin de l'année ».

La représentante de l'intimé a déclaré : « Nous nous sommes alignés sur le rapport de la CRR car il s'agit d'un pur cas accident sans aggravation postérieure. Nous refusons d'ordonner des mesures professionnelles supplémentaires car une activité légère est exigible du recourant, son degré d'invalidité étant par ailleurs inférieur à 20 % ».

40. Le 13 septembre 2018, l'assuré, représenté par son avocat, a fait opposition à l'encontre de la décision précitée, en sollicitant une expertise médicale et l'audition de sa compagne, Mme B\_\_\_\_\_ et en contestant une capacité de travail de 100 % ; il a requis une rente entière d'invalidité et une IPAI de 40 %. Cette opposition a été reçue à la SUVA le 14 septembre 2018.
41. Le 1<sup>er</sup> octobre 2018, le recourant a requis la suspension de la procédure A/1014/2018 - AI jusqu'à droit connu sur la procédure d'opposition. Il a communiqué une attestation du 20 septembre 2018 de l'OCPM mentionnant qu'il avait déposé une demande d'autorisation de séjour, laquelle était à l'examen.
42. Par décision du 12 octobre 2018, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assuré en se référant à l'avis du Dr F\_\_\_\_\_ du 11 juillet 2018. Cette décision a été notifiée au conseil de l'assuré par courrier A Plus le samedi 13 octobre 2018.
43. Le 24 octobre 2018, l'OAI s'est opposé à la suspension de la procédure, la SUVA ayant déjà rendu une décision sur opposition.
44. Le 14 novembre 2018, l'assuré a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision de la SUVA du 12 octobre

2018 (cause A/4012/2018 - LAA), en concluant principalement à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité et d'une IPAI de CHF 50'400.-. Préalablement, il a requis la comparution personnelle des parties, l'audition des Drs G\_\_\_\_\_, E\_\_\_\_\_ et de Mme B\_\_\_\_\_, ainsi que l'ordonnance d'une expertise.

45. Le 13 décembre 2018, la SUVA a conclu à l'irrecevabilité du recours (A/4012/2018 LAA), au motif qu'il était tardif, le délai de recours venant à échéance le 12 novembre 2018.
46. Par ordonnance du 17 décembre 2018, la chambre de céans a ordonné l'apport du dossier A/4012/2018 LAA dans la procédure A/1014/2018 AI.
47. Par arrêt incident du 18 février 2019, la chambre de céans a déclaré le recours recevable (A/4012/2018 - LAA). Cet arrêt est entré en force.
48. Le 28 juin 2019, la chambre de céans a informé les parties de son intention d'ordonner (dans le cadre des procédures AI et LAA) une expertise judiciaire et leur a communiqué le projet de mission d'expertise.
49. Le 12 juillet 2019, l'OAI a indiqué qu'il n'avait pas de questions complémentaires à poser.
50. Le 18 juillet 2019, l'assuré a requis l'ajout dans la mission d'expertise du Dr G\_\_\_\_\_ comme médecin susceptible de renseigner l'expert.
51. Le 9 septembre 2019, la chambre de céans a informé l'assurée, la SUVA et l'OAI de son intention de confier une expertise aux docteurs K\_\_\_\_\_ et L\_\_\_\_\_ et leur a imparté un délai pour faire valoir leur éventuelle récusation.
52. Le 19 septembre 2019, les parties ont indiqué qu'elles n'avaient aucun motif de récusation à faire valoir.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

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

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, est applicable au cas d'espèce.
3. Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 LPGA).
4. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité singulièrement sur l'évaluation de sa capacité de travail dès le 27 octobre 2016.

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

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

6. Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA.
7. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c; ATF 102 V 165 consid. 3.1; VSI 2001 p. 223 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs

(ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques. En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée.

Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1).

8. a. S'agissant du caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352, mais sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4).

Dans ce cadre, il convient d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation (ressources). Les indicateurs pertinents sont notamment l'expression des constatations et des symptômes, le recours aux thérapies, leur déroulement et leurs effets, les efforts de réadaptation professionnelle, les comorbidités, le développement et la structure de la personnalité, le contexte social de la personne concernée ainsi que la survenance des restrictions alléguées dans les différents domaines de la vie (travail et loisirs).

Ces indicateurs sont classés comme suit :

#### I. Catégorie « degré de gravité fonctionnelle »

Les indicateurs relevant de cette catégorie représentent l'instrument de base de l'analyse. Les déductions qui en sont tirées devront, dans un second temps, résister à un examen de la cohérence (ATF 141 V 281 consid. 4.3).

##### A. Axe « atteinte à la santé »

### 1. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic et des symptômes

Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic (consid. 4.3.1.1).

### 2. Succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à ces derniers

Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé lege artis sur un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles psychiques sont invalidants lorsqu'ils sont graves et ne peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation. Si des mesures de réadaptation entrent en considération après une évaluation médicale, l'attitude de l'assuré est déterminante pour juger du caractère invalidant ou non de l'atteinte à la santé. Le refus de l'assuré d'y participer est un indice sérieux d'une atteinte non invalidante. A l'inverse, une réadaptation qui se conclut par un échec en dépit d'une coopération optimale de la personne assurée peut être significative dans le cadre d'un examen global tenant compte des circonstances du cas particulier (consid. 4.3.1.2).

### 3. Comorbidités

La comorbidité psychique ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble somatoforme douloureux avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel (cf. consid. 4.3.1.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C 98/2010 du 28 avril 2010, consid. 2.2.2, in : RSAS 2011 IV n° 17, p. 44) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C 1040/2010 du 6 juin 2011, consid. 3.4.2.1, in : RSAS 2012 IV n° 1, p. 1) mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3).

### B. Axe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles)

Il s'agit d'accorder une importance accrue au complexe de personnalité de l'assuré (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales). Le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du Moi »

(conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation) entre aussi en considération. Comme les diagnostics relevant des troubles de la personnalité sont, plus que d'autres indicateurs, dépendants du médecin examinateur, les exigences de motivation sont particulièrement élevées (consid. 4.3.2).

#### C. Axe « contexte social »

Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut toujours s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie (consid. 4.3.3).

### II. Catégorie « cohérence »

Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré (consid. 4.4).

#### A. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie

Il s'agit ici de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple, les loisirs). Le critère du retrait social utilisé jusqu'ici doit désormais être interprété de telle sorte qu'il se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé (consid. 4.4.1).

#### B. Poids de la souffrance révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation

La prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet d'évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure asséculoologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitable) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons que l'atteinte à la santé assurée (consid. 4.4.2).

Le juge vérifie librement si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de

---

l'exigibilité repose sur une base objective (consid. 5.2.2; ATF 137 V 64 consid. 1.2 in fine).

b. La reconnaissance de l'existence desdits troubles suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant légitimement sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3).

Ce diagnostic doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargées d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. Il suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée). Les médecins doivent en outre prendre en considération les critères d'exclusion de ce diagnostic retenus par la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1. et 2.2). Ainsi, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 131 V 49 consid. 1.2).

L'examen des indicateurs standards reste toutefois superflu lorsque l'incapacité de travail est niée sur la base de rapports probants établis par des médecins spécialistes et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante du fait qu'elles proviennent de médecins n'ayant pas une qualification spécialisée ou pour d'autres raisons (voir ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 125 V 351 consid. 3a).

9. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. 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; ATF 114 V 310 consid. 3c; arrêt du Tribunal fédéral 8C 442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 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. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

c. 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. 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 125 V 351 consid. 3b/bb).

d. 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'écartier 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 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

e. 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. Etant

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).

f. Une expertise sur pièces n'apporte pas d'élément décisif s'agissant d'une atteinte à la santé psychique, dont les effets sur la capacité de travail impliquent un examen personnel de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 455/06 du 22 janvier 2007 consid. 6.2). Les expertises psychiatriques sur dossier ne sont admissibles qu'à titre exceptionnel, et seulement lorsque l'intéressé a déjà fait l'objet d'une ou plusieurs expertises, lesquelles doivent de surcroît être récentes et qu'aucune modification essentielle (identité du tableau clinique) n'est intervenue depuis. Une expertise sur dossier peut aussi être envisagée lorsque la personne à examiner n'est que difficilement atteignable ou refuse de se soumettre à l'examen. C'est à l'expert de déterminer si son mandat est réalisable dans de telles conditions (ATF 127 I 54 consid. 2f).

g. Un rapport du SMR (art. 49 al. 3 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C 542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Il ne pose pas de nouvelles conclusions médicales mais porte une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, il ne doit pas remplir les mêmes exigences au niveau de son contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche lui dénier toute valeur probante. Il a notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C 581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C 341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1).

h. 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. cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C 973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

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. A 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 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 9C 369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

i. Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b; SVR 2006 IV n° 10 p. 39).

En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 531/04 du 11 juillet 2005 consid. 4.2). En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral 9C 462/2009 du 2 décembre 2009 consid. 2.4).

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

b. 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 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). 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 (Cst, RS 101; 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, ATF 122 V 157 consid. 1d).

c. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). Selon la jurisprudence qui prévalait jusqu'à récemment, le juge cantonal qui estimait que les faits n'étaient pas suffisamment élucidés avait en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 58/01 du 21 novembre 2001 consid. 5a). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a cependant modifié sa jurisprudence en ce sens que les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas du tout instruit un point médical ou lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4).

- 
11. a. 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).

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; ATF 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 ATF 128 V 174).

b. Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381 consid. 2a). 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 (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant des ESS édité par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas 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 rencontrait 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. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (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).

c. Quant au revenu d'invalide, 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'invalide peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les

---

salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne «total secteur privé» (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La valeur statistique - médiane - s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C 603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C 242/2012 du 13 août 2012 consid. 3).

Toutefois, lorsque cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu parfois de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers (secteur 2 [production] ou 3 [services]), voire à des branches particulières. Tel est notamment le cas lorsqu'avant l'atteinte à la santé, l'assuré a travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre pas en ligne de compte. En outre, lorsque les circonstances du cas concret le justifient, on peut s'écarter de la table TA1 (secteur privé) pour se référer à la table TA7 (secteur privé et secteur public [Confédération] ensemble), si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalidé et que le secteur en question est adapté et exigible (ATF 133 V 545, et les références citées).

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 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6; ATF 123 V 150 consid. 2 et

---

les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C 337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5).

Lorsqu'il apparaît que l'assuré touchait un salaire nettement inférieur aux salaires habituels de la branche pour des raisons étrangères à l'invalidité et que les circonstances ne permettent pas de supposer qu'il s'est contenté d'un salaire plus modeste que celui qu'il aurait pu prétendre, il y a lieu d'en tenir compte dans la comparaison des revenus en opérant un parallélisme des revenus à comparer (ATF 134 V 322 consid. 4.1 et les arrêts cités). Le revenu effectivement réalisé doit être considéré comme nettement inférieur aux salaires habituels de la branche lorsqu'il est inférieur d'au moins 5% au salaire statistique usuel dans la branche (ATF 135 V 297 consid. 6.1.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C 692/2010 du 31 janvier 2011 consid. 3.2). En pratique, le parallélisme des revenus à comparer peut être effectué soit au regard du revenu sans invalidité en augmentant de manière appropriée le revenu effectivement réalisé ou en se référant aux données statistiques, soit au regard du revenu d'invalidité en réduisant de manière appropriée la valeur statistique (ATF 134 V 322 consid. 4.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C 692/2010, op. cit., consid. 3.4).

12. Les frais qui découlent de la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire confiée à un Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI) peuvent le cas échéant être mis à la charge de l'assurance-invalidité (cf. ATF 139 V 496 consid. 4.3). En effet, lorsque l'autorité judiciaire de première instance décide de confier la réalisation d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire à un COMAI parce qu'elle estime que l'instruction menée par l'autorité administrative est insuffisante (au sens du consid. 4.4.1.4 de l'ATF 137 V 210), elle intervient dans les faits en lieu et place de l'autorité administrative qui aurait dû, en principe, mettre en œuvre cette mesure d'instruction dans le cadre de la procédure administrative. Dans ces conditions, les frais de l'expertise ne constituent pas des frais de justice au sens de l'art. 69 al. 1 bis LAI, mais des frais relatifs à la procédure administrative au sens de l'art. 45 LPGA qui doivent être pris en charge par l'assurance-invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 8C 312/2016 du 13 mars 2017 consid. 6.2).

Cette règle, qu'il convient également d'appliquer dans son principe aux expertises judiciaires mono- et bidisciplinaires (cf. ATF 139 V 349 consid. 5.4), ne saurait entraîner la mise systématique des frais d'une expertise judiciaire à la charge de l'autorité administrative. Encore faut-il que l'autorité administrative ait procédé à une instruction présentant des lacunes ou des insuffisances caractérisées et que l'expertise judiciaire serve à pallier les manquements commis dans la phase d'instruction administrative. En d'autres mots, il doit exister un lien entre les défauts de l'instruction administrative et la nécessité de mettre en œuvre une expertise judiciaire (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2). Tel est notamment le cas lorsque l'autorité administrative a laissé subsister, sans la lever par des explications objectivement fondées, une contradiction manifeste entre les différents points de

vue médicaux rapportés au dossier, lorsqu'elle a laissé ouverte une ou plusieurs questions nécessaires à l'appréciation de la situation médicale ou lorsqu'elle a pris en considération une expertise qui ne remplissait manifestement pas les exigences jurisprudentielles relatives à la valeur probante de ce genre de documents (voir par exemple arrêt du Tribunal fédéral 8C 71/2013 du 27 juin 2013 consid. 2). En revanche, lorsque l'autorité administrative a respecté le principe inquisitoire et fondé son opinion sur des éléments objectifs convergents ou sur les conclusions d'une expertise qui répondait aux réquisits jurisprudentiels, la mise à sa charge des frais d'une expertise judiciaire ordonnée par l'autorité judiciaire de première instance, pour quelque motif que ce soit (à la suite par exemple de la production de nouveaux rapports médicaux ou d'une expertise privée), ne saurait se justifier (ATF 139 V 496 précité consid. 4.4; arrêt du Tribunal fédéral 8C 312/2016 du 13 mars 2017 consid. 6.3).

13. En l'espèce, l'intimé s'est fondé sur l'instruction médicale menée par la SUVA pour rendre la décision litigieuse, en particulier sur l'avis du Dr F\_\_\_\_\_ du 11 mai 2017 estimant que l'ancienne activité de plaquiste n'était plus exigible mais que le recourant présentait une capacité de travail totale dans une activité adaptée (utilisation des quatre derniers doigts de la main gauche seulement avec une fonction de stabilisation, sans port de charge à gauche, sans devoir monter sur une échelle ou un toit et sans travail sur machines).

Cet avis est cependant remis en question par ceux du Dr E\_\_\_\_\_ des 30 août 2017 et 2 mars 2018, lequel estime que le recourant n'est capable de travailler qu'à 50 % sans usage de la main gauche. Par ailleurs, le rapport des EPI du 20 octobre 2017, suite à l'orientation professionnelle ordonnée par l'intimé, a conclu à une impossibilité pour l'assuré de rejoindre le circuit économique normal. Le recourant n'utilisant pas sa main gauche. Le rendement était diminué par l'impossibilité d'utiliser le bras gauche, un tonus général faible à moyen, une polyvalence très diminuée et une gestuelle réduite à la seule utilisation du bras droit. Enfin, le rapport d'ergothérapie du 12 mars 2018 signale une allodynie mécanique sévère entraînant des douleurs très importantes à chaque mouvement involontaire du pouce ou du poignet et un manque de force de la main.

14. Au vu de ce qui précède, la chambre de céans n'est pas en mesure de trancher le fond du litige.

Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4).

En l'espèce, elle sera confiée au Professeur K\_\_\_\_\_, médecin adjoint, responsable des affections neuromusculaires, et à la doctoresse L\_\_\_\_\_, médecine générale, au Département des Neurosciences Cliniques, Service de Neurologie des HUG, à Genève, à l'encontre duquel les parties n'ont fait valoir aucun motif de récusation.

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

**Statuant préparatoirement**

I. Ordonne une expertise médicale. La confie au Professeur K\_\_\_\_\_ et à la doctoresse L\_\_\_\_\_.

Dit que la mission d'expertise sera la suivante :

A. Prendre connaissance du dossier de la cause

B. Si nécessaire prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité la personne expertisée, notamment les docteurs E\_\_\_\_\_ et G\_\_\_\_\_.

C. Examiner la personne expertisée et, si nécessaire, ordonner d'autres examens.

D. Etablir un rapport comprenant les éléments et les réponses aux questions suivants :

1. **Anamnèse détaillée**

2. **Plaintes de la personne expertisée**

3. **Status et constatations objectives**

4. **Diagnostics**

4.1 Avec répercussion sur la capacité de travail

4.1.1 Dates d'apparition

4.2 Sans répercussion sur la capacité de travail

4.2.2 Dates d'apparition

4.3 L'état de santé de la personne expertisée est-il stabilisé ?

4.3.1 Si oui, depuis quelle date ?

4.4. Les atteintes et les plaintes de la personne expertisée correspondent-elles à un substrat organique objectivable ?

4.5. Veuillez en particulier vous prononcer sur les diagnostics d'allodynie, de névrome post-traumatique et de neuropathie post-traumatique, en donnant des explications sur la nature de ces atteintes, en indiquant si elles reposent sur un substrat organique objectivable et en détaillant les outils d'évaluation utilisés.

## 5. **Causalité**

5.1 Les atteintes constatées sont-elles dans un rapport de causalité avec l'accident ? Plus précisément ce lien de causalité est-il seulement possible (probabilité de moins de 50 %), probable (probabilité de plus de 50 %) ou certain (probabilité de 100 %) ?

5.1.1 Veuillez motiver votre réponse pour chaque diagnostic posé

5.1.2 A partir de quel moment le statu quo ante a-t-il été atteint (moment où l'état de santé de la personne expertisée est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident) ?

5.1.3 Veuillez indiquer la date du statu quo ante pour chaque diagnostic posé

5.2 L'accident a-t-il décompensé un état maladif préexistant ?

5.2.1 Si oui, à partir de quel moment le statu quo sine a-t-il été atteint (moment où l'état de santé de la personne expertisée est similaire à celui qui serait survenu tôt ou tard, même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire) ?

## 6. **Limitations fonctionnelles**

6.1. Indiquer les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic

6.1.1 Dates d'apparition

6.1.2 Dans quelle mesure la personne expertisée peut-elle utiliser sa main gauche ?

## 7. **Cohérence**

7.1 Est-ce que le tableau clinique est cohérent, compte tenu du ou des diagnostic(s) retenu(s) ou y a-t-il des atypies ?

7.2 Est-ce que ce qui est connu de l'évolution correspond à ce qui est attendu pour le ou les diagnostic(s) retenu(s) ?

7.3 Est-ce qu'il y a des discordances entre les plaintes et le comportement de la personne expertisée, entre les limitations alléguées et ce qui est connu des activités et de la vie quotidienne de la personne expertisée ?

7.4 Est-ce que la personne expertisée s'est engagée ou s'engage dans les traitements qui sont raisonnablement exigibles et possiblement efficaces dans son cas ou n'a-t-elle que peu ou pas de demande de soins ?

## 8. **Capacité de travail**

8.1 Quelle est la capacité de travail de la personne expertisée dans son activité habituelle, compte tenu des seules atteintes en rapport de causalité (au moins probable - probabilité de plus de 50 %) avec

l'accident et comment cette capacité de travail a-t-elle évolué depuis l'accident ?

8.1.1 Si la capacité de travail est seulement partielle, quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ? Depuis quelle date sont-elles présentes ?

8.2 Quelle est la capacité de travail de la personne expertisée dans une activité adaptée, compte tenu des seules atteintes en rapport de causalité (au moins probable - probabilité de plus de 50 %) avec l'accident ?

8.2.1 Si cette capacité de travail est seulement partielle, quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ? Depuis quelle date sont-elles présentes ?

## 9. **Traitement**

9.1 Examen du traitement suivi par la personne expertisée et analyse de son adéquation

9.2 Propositions thérapeutiques et analyse de leurs effets sur la capacité de travail de la personne expertisée

9.3 Peut-on attendre de la poursuite du traitement médical une notable amélioration de l'état de santé de la personne expertisée ? Ainsi qu'une amélioration de sa capacité de travail ?

9.4 Si non, à partir de quel moment ne peut-on plus attendre de la continuation du traitement médical une notable amélioration de l'état de santé de la personne expertisée (état final atteint) ?

9.5 Le traitement suivi entraîne-t-il des limitations fonctionnelles ?

## 10. **Atteinte à l'intégrité**

10.1 La personne expertisée présente-t-elle une atteinte à l'intégrité définitive, en lien avec les atteintes en rapport de causalité au moins probable (probabilité de plus de 50 %) avec l'accident ?

10.2 Si oui, quel est le taux applicable selon les tables de la SUVA ?

10.3 Si une aggravation de l'intégrité physique est prévisible, veuillez en tenir compte dans l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité et l'expliquer en détaillant le pourcentage dû à cette aggravation, étant précisé que seules les atteintes à la santé en lien probable (probabilité de plus de 50 %) avec l'accident doivent être incluses dans le calcul du taux de l'indemnité

## 11. **Appréciation d'avis médicaux du dossier**

11.1 Êtes-vous d'accord avec les avis du Dr E\_\_\_\_\_ des 2 mars 2018 et 30 août 2017 ? En particulier avec les diagnostics posés (neuropathie post-traumatique branche sensitive dorsale du nerf radial avec exclusion

de force) et l'estimation d'une capacité de travail de la personne expertisée de 50 % dès le 15 août 2017 dans une activité adaptée et nulle dans l'ancienne activité ? Si non, pourquoi ?

- 11.2 Êtes-vous d'accord avec les avis du Dr F\_\_\_\_\_ des 11 juillet 2018 et 11 mai 2017 (appréciation du 1<sup>er</sup> mai 2017) ? En particulier avec les diagnostics posés, l'estimation d'une capacité de travail de la personne expertisée nulle dans l'ancienne activité et entière dans une activité adaptée ainsi qu'une IPAI de 10 % ? Si non, pourquoi ?
- 11.3 Êtes-vous d'accord avec les avis du SMR des 22 juin 2018 et 24 octobre 2017 ? en particulier avec la reconnaissance d'une capacité de travail totale de la personne expertisée dans une activité adaptée dès le 27 octobre 2016 ? Si non, pourquoi ?
- 11.4 Êtes-vous d'accord avec les constatations du rapport d'ergothérapie du 12 mars 2018 ? Si non, pourquoi ?

## 12. **Autres facteurs**

Suite à l'accident du 27 juin 2014 :

- 12.1 Les lésions apparues sont-elles graves ?
- 12.2 Ces lésions sont-elles propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ?
- 12.3 Ces lésions ont-elles nécessité des traitements continus spécifiques et lourds ? Si oui, lesquels ? Pendant quel intervalle de temps ?
- 12.4 Des erreurs médicales dans le traitement du recourant se sont-elles produites ? Si oui, lesquelles et avec quelles conséquences ?
- 12.5 Des difficultés et complications importantes sont-elles apparues au cours de la guérison ? Si oui, lesquelles et avec quelles conséquences ?
- 12.6 Existe-t-il des douleurs physiques persistantes ? Depuis quand ? Atteignent-elles une intensité particulière ?
13. Quel est le **pronostic** ?
14. Des **mesures de réadaptation professionnelle** sont-elles envisageables ?
15. Faire toutes autres **observations ou suggestions** utiles.

- E. Invite l'expert à déposer son rapport en trois exemplaires dans les meilleurs délais auprès de la chambre de céans.
- F. Réserve le fond ainsi que le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.

La greffière

La présidente

Julia BARRY

Valérie MONTANI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le