RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1465/2022 **ATAS/639/2023**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 29 août 2023

Chambre 2

En la cause

A_____ recourant

représenté par Me Diane BROTO, avocate

contre

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

Siégeant : Blaise PAGAN, Président ; Anny FAVRE et Christine TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Le 8 décembre 2016, Monsieur A_____ (ci-après: l'assuré, l'intéressé ou le recourant), né en 1968, ressortissant kosovar, droitier, plâtrier-peintre sans formation certifiée mais avec une formation de menuisier au Kosovo, titulaire à ladite date d'un permis B (autorisation de séjour), marié (depuis 2011) avec une femme vivant également dans le canton de Genève et père de quatre enfants nés entre 1991 et 1998 et issus d'une précédente union et vivant au Kosovo, a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après: AI), mesures professionnelles et/ou rente.

Il y faisait valoir une incapacité totale de travail depuis le 1er février 2016 en raison d'une atteinte à la main droite, son médecin généraliste traitant étant le docteur B_____, spécialiste FMH en médecine interne générale.

b. Dans le cadre de l'instruction de la demande AI, l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après: l'OAI, l'office ou l'intimé) a retenu un statut actif, a en outre reçu en consultation le dossier d'assurance-accidents de la SUVA Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: la SUVA) et a recueilli les renseignements médicaux qui suivent.

Notamment, selon des rapports du printemps 2016 du service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), en particulier du docteur C_____, médecin interne, l'assuré souffrait d'une arthrose médiocarpienne du poignet droit (SNAC WRIST) sur pseudarthrose du scaphoïde droit (diagnostic), survenue lors d'un accident professionnel (chute d'une échelle dans la salle de bain d'un appartement) le 1er février 2016 mais déjà présente comme antécédent depuis 1988 (status post fracture du scaphoïde droit en 1988 traitée conservativement). Cette atteinte à la santé causait une douleur chronique du poignet droit et ayant nécessité une intervention chirurgicale, à savoir une arthrodèse médiocarpienne avec excision du pôle distal du scaphoïde et mise en place d'une plaque Spider VA 2,4 mm, le 17 mars 2016 durant une hospitalisation (du 17 au 21 mars 2016), sans complications. Etaient indiqués, comme « antécédents personnels pertinents », outre le status post fracture du scaphoïde droit en 1988 traitée conservativement : un ulcère cutané de la joue gauche traité aux HUG ; une lombosciatique gauche en 2015 ; une lipomatose épidurale L5-S1 sans compression au niveau des racines sacrées ; une dégénérescence pluri-étagée L1-L2-L3 avec dissection discale et ostéophytose postérieure sans conflit disco-radiculaire.

Des séances de physiothérapie pour sa main lui ont été prescrites en avril 2016 par le Dr B_____, lequel a en parallèle émis régulièrement à partir du 1er février 2016 des certificats d'incapacité totale de travail pour cause d'accident.

Le 31 mai 2017, la plaque posée en mars 2016 a été enlevée par le service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG, ablation suivie d'une résection du pôle proximal du scaphoïde et d'une arthrolyse du poignet droit (selon un rapport du 13 juin 2017), ce à quoi se sont ajoutées des séances de physiothérapie en vue d'une mobilisation et d'un renforcement du poignet droit.

Le 15 septembre 2017, le docteur D_____, neurologue FMH, a posé le diagnostic de céphalées de tensions, qui avaient été générées par le traumatisme de l'assuré (sa chute du 1er février 2016), sans substrat neurologique secondaire.

Le 7 décembre 2017, le docteur E_____, psychiatre et psychothérapeute FMH qui avait suivi l'intéressé du 29 juin au 17 août 2017, a diagnostiqué une dépression réactive à une rupture sentimentale.

Selon un rapport du 19 janvier 2018 des HUG, l'intéressé avait été reçu en consultation ambulatoire de cardiologie le 10 janvier 2018, avec pour diagnostics un probable angor, une fraction d'éjection du ventricule gauche normale et une absence de valvulopathie significative, les « comorbidités/antécédents » étant un trouble dégénératif de la colonne cervicale C5-C6-C7, des arthroses multiples et une « arthrodèse scaphoïde droite avec greffe osseuse en 2016 ».

Dans un rapport du Dr B_____ du 19 mars 2018 a notamment été indiqué que l'assuré devait être opéré encore une fois par l'équipe de chirurgie de la main des HUG, plus précisément le Dr C_____, et les comorbidités et les médicaments pris actuellement étaient énumérés. Des diagnostics ont également été posés dans un rapport du 3 juillet 2018 du Dr B_____.

À teneur d'un rapport de bilan de prise en charge par l'équipe de chirurgie de la main des HUG établi le 4 avril 2018 par le Dr C_____, les suites opératoires avaient été marquées par la persistance de douleurs au poignet droit avec une composante neuropathique surajoutée, et le patient restait symptomatique, les incapacités étant clairement objectivées et une reprise professionnelle impossible.

c. Par une décision sur opposition rendue le 13 juin 2018, faisant notamment suite à une appréciation du 20 février 2018 du docteur F_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA, la SUVA a confirmé sa décision – initiale – du 21 février 2018 par laquelle elle avait mis un terme aux prestations d'assurance-accidents avec effet au 28 février 2018, au motif que l'état de santé de l'assuré était depuis lors tel qu'il aurait été avant l'accident du 1er février 2016 et que les troubles subsistant au-delà de cette date n'étaient plus imputables à cet événement.

Un recours interjeté par l'assuré contre cette décision sur opposition a été rejeté par arrêt du 16 mai 2019 (ATAS/452/2019) de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre des assurances sociales ou la chambre de céans). Selon celle-ci, la SUVA était en effet fondée à retenir, conformément aux appréciations de son médecin d'arrondissement et au degré de la

vraisemblance prépondérante requis, l'absence de lien de causalité naturelle entre les troubles subsistant au-delà du 28 février 2018 et l'accident du 1er février 2016, ce dernier n'ayant engendré qu'une décompensation temporaire d'un état pathologique préalable, d'une durée de six semaines selon le médecin d'arrondissement.

Il est relevé que l'intéressé avait entretemps été examiné le 23 janvier 2019 par le docteur G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA, qui avait rendu un rapport le lendemain.

d. Entretemps, le 22 avril 2019, les HUG, par le Dr C_____, ont fait état du diagnostic, pour cause de maladie et non plus d'accident, de « pseudarthrose radio-carpienne et carpo-M3 sur status panarthrose du poignet droit » et d'une cure de cette pathologie le 16 avril 2019 avec avivement et prise de greffe iliaque cortico-spongieuse (intervention chirurgicale).

Dans un questionnaire rempli le 13 janvier 2020, le médecin généraliste traitant a répondu que l'intéressé n'était pas capable d'exercer une activité professionnelle adaptée à son état de santé, et le 17 août 2020, que les limitations du patient consistaient en l'impotence de la main droite. Dans un rapport du 19 août 2020, il a en grande partie repris les termes de son rapport du 19 mars 2018.

Dans un rapport du 27 janvier 2021, la doctoresse H_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie qui a suivi l'assuré du 29 août 2019 au 24 août 2022 (ci-après : la psychiatre traitante), a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (CIM-10 F33.11) et des difficultés liées à l'emploi et au chômage (Z56), la capacité de travail du patient étant nulle d'un point de vue strictement psychiatrique.

e. Le service médical régional de l'AI (ci-après : SMR) ayant demandé le 24 février 2021 la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire via la plateforme MED@P avec volets des médecine interne, rhumatologique, orthopédique et psychiatrique, avec bilan neuropsychologique et tests de validation des symptômes, un rapport d'expertise a été signé le 9 septembre 2021 par des médecins affiliés au centre d'expertises SMEX SA à Neuchâtel, à savoir les docteurs I_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et expert responsable du cas (à la suite d'un examen clinique le 23 juin 2021 pendant 1h10), J_____, médecin praticienne FMH pour la médecine interne générale (à la suite d'un examen clinique le 23 juin 2021 pendant 1h10), K_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie (à la suite d'un entretien le 15 juillet 2021 pendant 1h20) et L_____, spécialiste FMH en rhumatologie (à la suite d'un examen clinique le 15 juillet 2021 pendant 1h10).

Dans l'« appréciation générale interdisciplinaire » de leur rapport d'expertise du 9 septembre 2021, ces experts ont retenu, comme diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail, un status après pseudarthrose du scaphoïde droit, nécessitant une arthrodèse en 2016 et un complément d'arthrodèse en avril

2019 et février 2020, ainsi qu'une cervicarthrose C5-C6 et C6-C7 selon l'IRM du 26 avril 2017. La capacité de travail de l'expertisé avait toujours été de 100% dans une activité adaptée excepté pendant certaines périodes entre le 1er février 2016 et six mois après le 20 février 2020 au plan orthopédique et excepté en parallèle une baisse de rendement de 20% durant un à deux mois en lien avec le trouble de l'adaptation présenté à la suite de la demande de divorce de son épouse en 2016.

Etaient annexés à ce rapport d'expertise – qui comprenait aussi les rapports établis séparément par chacun des experts – notamment un résumé de son dossier, un questionnaire rempli le 31 mai 2021 par l'assuré, des rapports de médecins tiers ainsi que des résultats d'analyses médicales de laboratoires.

f. Se fondant sur ce rapport d'expertise, le SMR a, par rapport du 21 septembre 2021, retenu, comme « atteinte principale à la santé », la pseudarthrose du scaphoïde droit, traitée par arthrodèse en mars 2016 et un complément d'arthrodèse en avril 2019 et février 2020, et, comme « pathologie associée du ressort de l'AI », la cervicarthrose C5-C6 et C6-C7. Depuis le 1er février 2016, la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle mais entière dans une activité adaptée, sauf durant certaines périodes, et à tout le moins dès le 20 août 2020 (également date du début de l'aptitude à la réadaptation). Les limitations fonctionnelles étaient : « activité légère, mono-manuelle gauche, la main droite pouvant aider sans devoir faire de mouvements fins ou de mouvements en force, limitation de manipulation de charges à 10 kg, pas d'hypertension du rachis cervical ni de surcharge du rachis cervical, pas d'usage d'échafaudages et/ou d'échelles ».

g. Par projet de décision du 9 novembre 2021, l'OAI a envisagé de reconnaître à l'intéressé le droit à une rente AI entière uniquement du 1er juin 2017 (à l'échéance du délai d'attente d'un an) au 31 octobre 2020 (trois mois après le retour le 20 août 2020 à une capacité de travail entière, dans une activité adaptée) et de lui refuser le droit à des mesures professionnelles, ce sur la base d'une perte de gain de 12% (arrondi) résultant à la comparaison – effectuée par l'office dans le document « Détermination du degré d'invalidité » du 25 octobre 2021 – entre le revenu sans invalidité de CHF 70'722.- et un revenu (statistique) avec invalidité (y compris avec un abattement de 10%) de CHF 62'015.-.

h. En l'absence notamment de réaction de l'assuré, l'OAI a, par décision du 29 mars 2022, repris les conclusions et termes de son projet de décision précité et fixé les montants de rente AI entière dus à l'intéressé pour la période du 1er juin 2017 au 31 octobre 2020.

B. **a.** Par acte du 9 mai 2022, l'assuré, par une avocate, a interjeté recours contre cette décision, concluant au fond à son annulation et, cela fait, principalement à la reconnaissance de son droit à une rente AI entière au-delà du 31 octobre 2020 et

sans limitation de durée, subsidiairement à l'octroi de mesures professionnelles (« en sus »).

b. Les 14 juin et 13 juillet 2022, l'intimé a (spontanément) produit plusieurs rapports médicaux, parmi lesquels un rapport de consultation ambulatoire de la douleur mentionnant des consultations les 12 juillet et 11 décembre 2018 ainsi que 25 mars 2019, et établi le 20 mai 2022 par les HUG, plus précisément le docteur M_____, spécialiste FMH en anesthésie et spécialiste douleur SPS, lequel répondait le 12 mai 2022 à l'office ne pas avoir les compétences de juger de la capacité du patient d'exercer une activité professionnelle adaptée à son état de santé.

S'y ajoutaient des rapports du service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG établis entre le 25 mars 2020 et le 14 octobre 2021 ainsi qu'un rapport du 20 novembre 2018 du docteur N_____, neurologue FMH, diagnostiquant des douleurs de la main droite, mécaniques au premier plan, associées à une neuropathie a minima non significative du nerf médian droit au carpe.

c. Le 17 août 2022, le recourant a complété son recours, contestant l'amélioration de son état de santé dès le 20 août 2020 et l'existence d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée, et faisant valoir un taux d'abattement de 25%.

Etaient notamment produits un jugement du 26 mars 2019 du Tribunal de première instance (TPI) autorisant l'intéressé et son épouse à vivre séparés, des décomptes définitifs de virements de prestations d'aide sociale en sa faveur de l'Hospice général pour les périodes du 1er janvier au 30 avril 2022 et du 1er août au 31 octobre 2022, de même qu'un rapport du 1er juin 2022 de la Dresse H_____.

d. Par réponse du 14 septembre 2022, l'intimé a conclu au rejet du recours.

Selon un avis du 12 septembre 2022 du SMR, les nouveaux documents médicaux présentés (rapports du Dr M_____ du 22 mai 2022 et de la Dresse H_____ du 1er juin 2022) n'amenaient pas de nouveaux éléments médicaux objectifs permettant de remettre en question sa dernière appréciation du cas, qui demeurait valable.

e. Par écriture du 8 novembre 2022, le recourant a indiqué ne pas avoir d'observations à formuler.

f. Le 9 mai 2023 s'est tenue devant la chambre de céans une audience de comparution des parties (avec l'aide d'une interprète en albanais pour l'assuré) et d'audition en qualité de témoins des Drs B_____ et H_____.

Le recourant a notamment déclaré avoir eu un permis de séjour en Suisse de 2012 à 2019 – lié au mariage –, puis – seulement – des visas lui permettant de rester en Suisse, et avoir une difficulté à réobtenir un permis de séjour. Il a en outre précisé

ne pas avoir pu terminer sa formation de menuisier au Kosovo à cause du décès de son père.

La cause a été gardée à juger avec l'accord des parties à l'issue de cette audience, durant laquelle ont été produits un rapport du 3 avril 2023 du Dr B_____ et un rapport (« certificat médical ») du 2 mai 2022 des doctoresses O_____ et P_____, du CAPPI Servette, faisant état d'un suivi psychiatrique et psychothérapeutique auprès de ce dernier depuis le 24 août 2022, ainsi que de constatations et de préconisations au plan psychiatrique.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

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

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'AI, à moins que la loi n'y déroge expressément.

La modification du 21 juin 2019 de la LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2021. Elle est ainsi applicable, dès lors que le recours a été interjeté postérieurement à cette date (art. 82a LPGA *a contrario*).

3. Interjeté dans la forme et le délai - de trente jours et compte tenu des féries judiciaires - prévus par la loi, le recours est recevable (art. 38 al. 4 et 56 ss LPGA ainsi que 62 ss de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA-GE - E 5 10]).

4. L'objet du litige porte sur le droit éventuel du recourant à une rente, subsidiairement des mesures professionnelles de l'AI.

De jurisprudence constante, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 132 V 215 consid. 3.1.1). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 130 V 130 consid. 2.1). Même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit cependant être pris en considération, dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date (cf. ATF 99 V 98

consid. 4 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_259/2018 du 25 juillet 2018 consid. 4.2).

5. Le 1er janvier 2022, sont entrées en vigueur 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).

En cas de changement de règles de droit, la législation applicable est celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières de droit transitoire (ATF 136 V 24 consid. 4.3 et la référence).

En l'occurrence, la décision querellée concerne un premier octroi de rente dont le droit serait né avant le 1er janvier 2022, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur ancienne teneur.

6.

6.1 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 sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1, tel qu'en vigueur dès le 1er janvier 2021, la version antérieure indiquant "dans son domaine d'activité" plutôt que "qui entre en considération"). 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 1er janvier 2008).

Aux termes de l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

Conformément à l'art. 4 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (al. 1). L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (al. 2).

6.2 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).

6.3 En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c).

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.

Aux termes de l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance 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, mais pas avant le mois qui suit le 18ème anniversaire de l'assuré.

Il s'ensuit – de manière incontestée – que, dans le cas présent, le droit à une rente d'invalidité de l'intéressé a été ouvert à partir du 1er juin 2017, soit une année après le début de son incapacité de travail alléguée et six mois après le dépôt de sa demande de prestations AI, cette date étant aussi le *dies a quo* de la période pour laquelle une rente AI a été octroyée par l'office.

6.4 Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'AI accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; ATF 125 V 413 consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'article 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5; ATF 113 V 273 consid. 1a; arrêt du Tribunal fédéral 9C_1006/2010 du 22 mars 2011 consid. 2.2).

Aux termes de l'art. 88a al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RS 831.201 - RAI), si la capacité de gain s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se

maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

6.5 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 (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_286/2020 du 6 août 2020 consid. 4 et la référence).

6.5.1 Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c 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. 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). Il faut en outre que le médecin dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références).

6.5.2 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 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

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 (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. 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 I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 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).

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

7.

7.1 En l'espèce, dans leur rapport d'expertise du 9 septembre 2021 en matière de médecine interne, psychiatrie, orthopédie, respectivement rhumatologie, les Drs I_____, J_____, K_____ et L_____ retiennent, comme diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail, un status après pseudarthrose du scaphoïde

droit, nécessitant une arthrodèse en 2016 et un complément d'arthrodèse en avril 2019 et février 2020, ainsi qu'une cervicarthrose C5-C6 et C6-C7 selon l'IRM du 26 avril 2017. Les diagnostics sans incidence sur la capacité de travail sont : dysthymie (F34.1) ; status après fracture du 5ème méta de la main droite conservativement en juillet 2018 ; lombosciatalgie gauche en 2015 ; syndrome de dysbalance musculaire par déconditionnement physique associé à une obésité modérée avec un IMC de 30,5 kg/m2 ; pieds plats stade 1-2 ; hypertension artérielle traitée ; dyslipidémie traitée ; céphalées de tension ; ulcère chronique de la joue ; hypertrophie bénigne de la prostate ; douleurs thoraciques gauches atypiques (RGO probable) ; emphysème pulmonaire modéré (2021) ; possible syndrome des apnées du sommeil (SAOS). Dans leur « appréciation générale interdisciplinaire », il est noté que le comportement de l'expertisé face à la maladie constitue une amplification. Selon les experts, la capacité de travail du recourant a toujours été de 100% dans une activité adaptée excepté pendant certaines périodes entre le 1er février 2016 et six mois après le 20 février 2020, et cette capacité de travail restera entière même en cas de nouvelle intervention chirurgicale (sous réserve de prévoir une nouvelle incapacité de travail d'environ six mois).

Plus précisément, en médecine interne, il n'y a aucune limitation fonctionnelle ni aucun effet incapacitant, y compris sur les travaux habituels (en particulier ménagers), des problèmes de santé de l'intéressé que sont un syndrome de dysbalance musculaire par déconditionnement physique associé à une obésité modérée avec un IMC de 30,5 kg/m2, des pieds plats stade 1-2, une hypertension artérielle traitée, une dyslipidémie traitée, des céphalées de tension, un ulcère chronique de la joue, une hypertrophie bénigne de la prostate, des douleurs thoraciques gauches atypiques (RGO probable), un emphysème pulmonaire modéré (2021) et un possible syndrome des apnées du sommeil (SAOS). Du point de vue de la médecine interne, il n'y a pas de divergence entre les symptômes décrits, le comportement de l'expertisé en situation d'examen et l'examen clinique, ni d'élément d'autolimitation, d'exagération ou de simulation.

Au plan psychiatrique, lors de l'entretien, l'assuré explique qu'il dort bien quand il prend « le médicament » - apparemment du Remeron –, qu'il s'endort vers 23h00-0h00 et se réveille à 9h00-10h00 du matin, et que quand il ne prend pas le traitement, il s'endort à la même heure mais se réveille à 6h00 du matin, expliquant en outre qu'il ne prend souvent pas le traitement car il est trop fort ; il rapporte un appétit absent et explique manger une fois par jour, très peu, en se forçant, mais d'un autre côté il affirme avoir pris 7 à 8 kg depuis 2017 ; il évoque deux grandes difficultés relationnelles avec ses filles – majeures, vivant au Kosovo – qui accepteraient à peine de lui parler, mais il explique plus loin qu'elles l'appellent trois à quatre fois par jour pour se rassurer sur son sort et demandent de ses nouvelles tous les soirs – il est à préciser que, selon l'anamnèse familiale, ses filles acceptent de lui parler, mais pas ses fils – ; il dit penser toutes

les heures au suicide, alors que son psychiatre traitant affirme qu'il a des idées noires mais pas d'idées suicidaires. Par ailleurs, le recourant s'occupe en toute autonomie de ses tâches ménagères, se déplace en bus et passe toute la journée à marcher dans la forêt ou dans des endroits où il y a du monde ; il écoute souvent de la musique, regarde les informations et va sur son téléphone tous les soirs. Toujours lors de l'entretien, l'expertisé se contredit à de nombreuses reprises concernant le traitement (que l'expert psychiatre énonce ensuite). Il est retrouvé un trouble dépressif en 2017 faisant suite à la demande de divorce de l'épouse, ayant nécessité quelques consultations avec un psychiatre et un suivi qui a duré moins de deux mois, avec une prescription de mirtazapine 30 mg mais sans attestation d'une incapacité de travail pour motif psychiatrique. Selon les constations dudit expert lors de cet entretien, il n'est pas retrouvé de symptôme objectif en faveur d'un trouble dépressif caractérisé incapacitant, en particulier pas un ralentissement psychomoteur ni un symptôme neurovégétatif en faveur d'un état anxieux, ni une tristesse en-dehors d'un bref moment où l'intéressé a eu les larmes aux yeux, et celui-ci est resté attentif et concentré de manière stable durant tout l'entretien ; selon l'expert, l'expertisé présente un sentiment de tristesse et de fatigue ; il rumine et se plaint, mais est capable de faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne. De l'avis de l'expert psychiatre, le comportement du recourant face à la maladie ainsi que son discours sont marqués par une amplification, en particulier des plaintes, et plusieurs contradictions et incohérences dans l'anamnèse en plus du fait qu'il reste capable de faire face aux exigences de la vie quotidienne, gardant notamment des contacts réguliers et fréquents avec ses filles et marchant plusieurs heures dans la journée. Seul est posé par l'expert psychiatre le diagnostic, sans incidence sur la capacité de travail, de dysthymie (F34.1) – « légère » –, sans aucun effet incapacitant, y compris sur les travaux habituels (en particulier ménagers) ; ce diagnostic, non incapacitant, constitue un trouble chronique de l'humeur dont la sévérité est insuffisante pour justifier diagnostic de trouble dépressif récurrent (posé par la Dresse H_____), même léger ; l'abandon du – premier – suivi psychothérapeutique en 2017, la mauvaise compliance au deuxième suivi commencé en août 2019 ainsi qu'à la prise médicamenteuse, de même que l'absence de trouble majeur du sommeil et de trouble objectif de l'appétit sont des indicateurs en faveur d'une faible sévérité des troubles. La capacité de travail a, d'un point de vue psychiatrique, toujours été de 100% dans toute activité, en dehors d'une période – en 2017 – d'un à deux mois où le rendement a pu être diminué médico-théoriquement de 20% en lien avec le trouble de l'adaptation présenté à la demande de divorce de son épouse en 2016.

Du point de vue orthopédique, sont diagnostiqués, comme sans incidence sur la capacité de travail, un status après fracture du 5ème méta de la main droite traitée conservativement en juillet 2018 ainsi qu'une lombosciatalgie gauche en 2015. L'expert orthopédiste retrouve à l'examen clinique des douleurs et une mobilisation réduite du poignet droit avec un status après pseudarthrose du

scaphoïde droit (diagnostic avec incidence sur la capacité de travail), atteinte qui va influencer le profil d'effort (déficit moyen en respectant le profil d'effort), le reste de l'examen étant sans particularité ; il rejoint les différents avis orthopédiques figurant dans le dossier ; d'après l'expert, les interventions au poignet droit ainsi que la fracture du 5ème méta en juillet 2018 ont pu engendrer des incapacités de travail transitoires, mais l'état de santé de l'expertisé n'est pas incompatible avec l'exercice d'une activité adaptée. D'après ledit expert, il n'y a, en raison de l'arthrodèse, aucun mouvement au niveau du poignet, si bien qu'il est difficile de comprendre la raison des douleurs persistantes, et, à plusieurs reprises lors de l'examen clinique, l'expertisé bloque les mouvements en déclarant d'importantes douleurs au niveau du poignet droit, ce qui correspond à une autolimitation. La capacité de travail dans une activité adaptée a toujours été de 100%, excepté, du 1er février (date de l'accident) au 17 septembre 2016 (six mois après l'arthrodèse de mars 2016), depuis le 31 mai 2017 (date de « l'AMI »), pour une durée de six mois post-opératoire, dès le 28 juillet 2018 (date de la fracture de la 5ème méta de la main droite), pour une durée de trois mois, à partir du 22 avril 2019 (date de la reprise chirurgicale), pour une durée de six mois post-opératoire, enfin depuis le 20 février 2020 (date de la deuxième reprise chirurgicale), pour une durée de six mois post-opératoire, où la capacité de travail a été nulle ; elle a par la suite toujours été entière. S'agissant du profil d'effort actuel et des limitations fonctionnelles, est adaptée une activité mono-manuelle gauche, la main droite pouvant aider sans devoir faire des mouvements fins ou des mouvements en force. Les travaux habituels (en particulier ménagers) sont possibles selon le profil d'effort.

Au plan rhumatologique, l'assuré rapporte des douleurs hémi-crâniennes droites, des douleurs cervicales et lombaires, ainsi que des douleurs insupportables selon ses dires au niveau du poignet droit. Selon l'expert rhumatologue, il n'y a, du point de vue rhumatologique, pas de divergence entre les symptômes décrits, le comportement de l'expertisé en situation d'examen et l'examen clinique, ni d'élément d'autolimitation, d'exagération ou de simulation avérée ou ressentie ; les douleurs sont plutôt d'ordre mécanique liées à une atteinte cervico-arthrosique C5-C6 et C6-C7, sans radiculalgie, les douleurs étant néanmoins plutôt centrées sur le poignet droit et très peu aux niveaux cervical et lombaire. En plus du diagnostic avec incidence sur la capacité de travail de cervicarthrose C5-C6 et C6-C7 selon l'IRM du 26 avril 2017, sont repris par cet expert, ceux sans incidence sur la capacité de travail de syndrome de dysbalance musculaire par déconditionnement physique, d'obésité modérée avec un IMC de « 30,1 » kg/m2, des pieds plats de stade 1-2. Concernant le profil d'effort actuel et les limitations fonctionnelles, du point de vue rhumatologique, compte tenu de l'atteinte arthrosique cervicale, l'intéressé est capable d'effectuer un travail en évitant de porter des charges de plus de 10 kg, de travailler la tête en l'air et de surcharger le rachis cervical, ainsi que de monter et descendre les échafaudages et les échelles ; serait adaptée (de manière optimale au handicap de l'assuré) toute activité qui

tient compte des ressources mobilisables et desdites limitations fonctionnelles ; la capacité de travail a toujours été entière dans une activité, avec une présence maximale possible de 8h25 par jour. Les travaux habituels (en particulier ménagers) sont possibles selon le profil d'effort.

7.2 Ce rapport d'expertise répond, sur le plan formel, aux exigences posées par la jurisprudence pour qu'on puisse lui accorder une pleine valeur probante : cette expertise pluridisciplinaire a été conduite par des médecins spécialisés dans chaque domaine concerné, en vue d'établir une synthèse des différentes pathologies de l'expertisé, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier. Les experts ont personnellement examiné le recourant préalablement à l'établissement de leur rapport d'expertise. Ils ont consigné les renseignements anamnestiques pertinents, recueilli les plaintes de l'assuré et résumé leurs propres constatations. Ils ont en outre énoncé les diagnostics retenus et répondu à toutes les questions posées. Enfin, leurs conclusions sont claires et bien motivées, sans que d'éventuels compléments apparaissent utiles ou nécessaires.

7.3 Au plan somatique, contrairement à ce que soutient le recourant, il n'y a pas d'incohérence de la part des experts dans le fait qu'il retiennent une amélioration sensible (au sens des art. 17 LPGA et 88a RAI) de son état de santé à partir du 20 août 2020 (six mois après le 20 février 2020), alors qu'il se plaint toujours de douleurs au poignet droit.

En effet, d'une part, les périodes d'incapacité de travail reconnue par les experts, principalement du point de vue orthopédique, ont toutes été transitoires et fait suite à des événements objectifs, à savoir un accident, une fracture et des interventions chirurgicales, et correspondent pour l'essentiel à ce qu'ont indiqué les médecins du service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG, lesquels, notamment, ont attesté un arrêt de travail à 100% à la suite de la dernière intervention chirurgicale (cure de pseudarthrose), du 26 juin au 9 août 2020 (cf. en particulier les rapports du Dr C_____ des 26 juin 2020 et 8 février 2021 ainsi que de la Dresse Q_____, du même service, des 16 juin et 14 octobre 2021), mais pas ultérieurement. Au demeurant, aucun des médecins spécialistes au plan somatique consultés par l'intéressé, en particulier les Drs M_____ (spécialiste de la douleur aux HUG) ainsi que les Drs D_____ et N_____ (neurologues), n'ont fait état d'une incapacité de travail. D'autre part, l'existence de douleurs au poignet droit ne signifie pas encore qu'elles soient incapacitantes et invalidantes, étant sur ce point relevé que les experts en ont dûment tenu compte dans le cadre de la détermination du profil d'effort et des limitations fonctionnelles.

Toujours au plan somatique, le Dr B_____, qui n'est pas un spécialiste, n'a pas apporté d'éléments précis et probants en faveur d'une incapacité de travail de l'assuré. En effet, en audience, ledit médecin généraliste traitant, en déclarant que la main droite de son patient est raide au niveau du radius et immobilisée

chirurgicalement au niveau du poignet (arthrodèse), ne s'est pas écarté des constations des experts, notamment l'expert orthopédiste. Puis il a notamment dit ce qui suit : « Le Dr C_____ n'a jamais répondu à ma question concernant la capacité de travail mais je vois qu'il n'a pas une mobilité de la main droite. Il peut utiliser normalement la main gauche mais je ne suis pas spécialiste pour dire dans quel métier il pourrait travailler avec la main gauche. Quoi qu'il en soit, je pense que son état justifie une incapacité totale de travail dans toute activité ». Le Dr B_____ a ensuite déclaré : « Je ne comprends [pas] les conclusions des experts de l'AI. Je suis d'accord avec les descriptions qui figurent dans l'expertise mais pas avec les conclusions des experts selon lesquels après interventions chirurgicales mon patient pourrait travailler à 100% dans un métier adapté, conclusion qui n'est à mon sens pas motivée. A mon avis, son trouble dépressif et ses douleurs l'empêchent de travailler même dans une activité adaptée ». Le désaccord dudit médecin généraliste traitant avec une capacité de travail entière dans une activité adaptée n'est du point de vue somatique, vu la seule référence à des douleurs, insuffisamment motivé, une telle motivation ne se trouvant pas non plus dans ses rapports (écrits). Au demeurant, l'expertise, au plan orthopédique, tient compte des douleurs au poignet droit en préconisant, concernant une activité adaptée, une activité mono-manuelle gauche dans le cadre de laquelle la main droite peut aider sans devoir faire des mouvements fins ou des mouvements en force.

7.4

7.4.1 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 l'ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a revu et modifié en profondeur le schéma d'évaluation de la capacité de travail, respectivement de l'incapacité de travail, en cas de syndrome douloureux somatoforme et d'affections psychosomatiques comparables. Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'un catalogue d'indicateurs (ATF 141 V 281 consid. 4). Le Tribunal fédéral a ensuite étendu ce nouveau schéma d'évaluation aux autres affections psychiques (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). Aussi, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global,

en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4; arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2019 du 17 mars 2020 consid. 3 et les références).

Le Tribunal fédéral a en revanche maintenu, voire renforcé la portée des motifs d'exclusion définis dans l'ATF 131 V 49, aux termes desquels il y a lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble au sens de la classification sont réalisées. Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de 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, de 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 psycho-social intact (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 et 2.2.2; ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.2).

Selon la jurisprudence, en cas de troubles psychiques, 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 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 incapacitants et, d'autre part, des potentiels de compensation (ressources) (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). L'accent doit ainsi être mis sur les ressources qui peuvent compenser le poids de la douleur et favoriser la capacité d'exécuter une tâche ou une action (arrêt du Tribunal fédéral 9C_111/2016 du 19 juillet 2016 consid. 7 et la référence).

Il y a lieu de se fonder 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).

- Catégorie « Degré de gravité fonctionnel » (ATF 141 V 281 consid. 4.3),

A. Complexe « Atteinte à la santé » (consid. 4.3.1)

Expression des éléments pertinents pour le diagnostic (consid. 4.3.1.1), succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à cet égard (consid. 4.3.1.2), comorbidités (consid. 4.3.1.3).

B. Complexe « Personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles; consid. 4.3.2)

C. Complexe « Contexte social » (consid. 4.3.3)

- Catégorie « Cohérence » (aspects du comportement; consid. 4.4)

Limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1), poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2).

Les indicateurs appartenant à la catégorie « degré de gravité fonctionnel » forment le socle de base pour l'évaluation des troubles psychiques (ATF 141 V 281 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.2).

7.4.2 Cela étant, le Tribunal fédéral a récemment rappelé qu'en principe, seul un trouble psychique grave peut avoir un caractère invalidant. Un trouble dépressif de degré léger à moyen, sans interférence notable avec des comorbidités psychiatriques, ne peut généralement pas être défini comme une maladie mentale grave. S'il existe en outre un potentiel thérapeutique significatif, le caractère durable de l'atteinte à la santé est notamment remis en question. Dans ce cas, il doit exister des motifs importants pour que l'on puisse néanmoins conclure à une maladie invalidante. Si, dans une telle constellation, les spécialistes en psychiatrie attestent sans explication concluante (éventuellement ensuite d'une demande) une diminution considérable de la capacité de travail malgré l'absence de trouble psychique grave, l'assurance ou le tribunal sont fondés à nier la portée juridique de l'évaluation médico-psychiatrique de l'impact (ATF 148 V 49 consid. 6.2.2 et les références).

En l'occurrence et conformément à cette jurisprudence, le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique, posé par la Dresse H_____, est d'emblée insuffisant pour se voir reconnaître un caractère invalidant, le diagnostic Z56 ne constituant pas une comorbidité à prendre en considération sous cet angle.

7.4.3 À teneur du rapport du 27 janvier 2021 de la Dresse H_____, les symptômes (« limitations fonctionnelles ») servant de fondement à son diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11) sont : « discours cohérent, centré sur ses douleurs au bras et ses difficultés socio-professionnelles avec un sentiment d'injustice et d'être dans l'impasse », ruminations anxieuses importantes, troubles du sommeil avec réveils précoces vers 4-5h00 du matin et incapacité à se rendormir, thymie du versant triste, anhédonie, auto-dévalorisation, asthénie, perte de l'élan vital, manque de motivation, idées noires fluctuantes sans idées suicidaires ; puis troubles cognitifs, notamment des difficultés de concentration, des troubles de la mémoire, un ralentissement psychomoteur et une fatigue en lien avec son état dépressif et un manque d'activité et d'interactions sociales. Le rapport du 1er juin 2022 n'apporte pas d'éléments nouveaux sous l'angle des symptômes, si ce n'est que des idées noires fluctuantes sans idées suicidaires ne sont plus mentionnées et que le sommeil est considéré comme s'étant amélioré grâce à la mise en place d'un traitement de mirtazapine.

En audience, ladite psychiatre traitante a confirmé ces éléments. Selon elle, il y a une symptomatologie anxio-dépressive claire et qui empêche le patient de travailler, et elle insiste beaucoup sur les troubles de la concentration, le ralentissement psychomoteur, les troubles de la mémoire (troubles cognitifs) ; la symptomatologie du diagnostic F33.11 (recte : F33.1 – trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen [cf. « CIM-10-GM 2022 » téléchargeable depuis « https://www.bfs.admin.ch/asset/fr/20665872 »]) est la perte du plaisir, l'anhédonie, la thymie triste, la perte de l'élan vital, les troubles de la concentration et de la mémoire, les troubles du sommeil, la tendance à l'auto-dévalorisation, les ruminations anxieuses et les idées noires (qui touchaient son patient en janvier 2021) ; toujours selon la Dresse H_____, le diagnostic Z56 est quant à lui un peu plus vague et signifie que les difficultés liées à l'emploi et au chômage, de même que la situation précaire de l'assuré, en janvier 2021, aggravaient sa symptomatologie dépressive.

Ces éléments n'apparaissent pas suffisamment motivés et précis pour remettre en cause les constatations, appréciations et conclusions bien motivées et convaincantes des experts, en particulier l'expert psychiatre, y compris le diagnostic de dysthymie (F34.1) posé par eux.

D'après la jurisprudence, une dysthymie (F34.1) est susceptible d'entraîner une diminution de la capacité de travail lorsqu'elle se présente avec d'autres affections, à l'instar d'un grave trouble de la personnalité. Pour en évaluer les éventuels effets limitatifs, ces atteintes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée selon l'ATF 141 V 281 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_599/2019 du 24 août 2020 consid. 5.1 et la référence).

Or, dans le cas présent, il n'y a pas d'autres affections que la dysthymie.

Selon la jurisprudence, dans les cas où, au vu du dossier, il est vraisemblable qu'il n'y a qu'un léger trouble dépressif, qui ne peut déjà être considéré comme chronifié et qui n'est pas non plus associé à des comorbidités, aucune procédure de preuve structurée n'est généralement requise (arrêt du Tribunal fédéral 9C_14/2018 du 12 mars 2018 consid 2.1).

On se trouve en l'espèce dans une situation assimilable à un tel cas.

Les difficultés de sommeil rapportées ne sont pas de nature à modifier les conclusions qui précèdent, ce d'autant moins qu'il y a eu, selon le rapport de la Dresse H_____ du 1er juin 2022, une amélioration du sommeil grâce à la mise en place de mirtazapine (Remeron), bien que le sommeil reste fluctuant et non optimal d'après les déclarations de la psychiatre traitante en audience.

7.4.4 Le recourant n'apparaît en outre pas avoir suivi ses séances de psychothérapie et son traitement antidépresseur avec une compliance régulière et suffisante. En effet, la Dresse H_____ fait état le 1er juin 2022 d'une présence irrégulière du patient à ses rendez-vous, par oubli ou à cause d'autres rendez-vous médicaux, et, en audience, elle déclare qu'elle a parlé avec l'assuré de la mise en

place d'autres traitements antidépresseurs mais que cela ne s'est pas fait car les rendez-vous étaient très irréguliers, son absence à des rendez-vous chez elle étant fréquemment due à des endormissements du patient pendant la journée.

La psychiatre traitante souligne par ailleurs l'existence d'un isolement du recourant ; il semble à cette thérapeute qu'il y a une rupture de l'intéressé avec le Kosovo ; il ne lui semble pas qu'il ait des relations sociales et amicales à Genève si ce n'était avec son ex-épouse et après le divorce encore avec son ex-beau-fils, l'assuré ne lui ayant pas parlé d'autres relations.

Cependant, selon les déclarations du recourant en audience : « S'agissant de mes relations sociales, mes amis travaillent la journée et le soir je ne sors pas. Parfois, avec mon frère le samedi ou le dimanche je le vois pendant 30 minutes et nous prenons un café et il se renseigne au sujet de mon état. Je ne sors pas beaucoup. A cause de l'accident, je ne me sens pas bien, j'ai toujours peur qu'il m'arrive quelque chose, j'ai peur. Je me suis éloigné de tout le monde car je ne me sens pas bien » ; puis : « Je vois un petit peu des amis mais pratiquement les amis que j'avais avant l'accident. Concernant ma relation avec mon neveu, c'est bien, il travaille et il se renseigne sur comment je vais » ; plus bas : « Sur question du Président qui me demande si je sors pour me promener parfois, je réponds juste un petit peu car quand je prends les médicaments je ne me sens pas capable de sortir et de faire des promenades. C'est très rare que je fasse des promenades, parfois avec mon frère. Je n'aime pas que les autres me regardent et voient que je ne suis pas bien. Mon frère vit à Genève et nous avons une bonne relation, tout en tenant compte qu'il a ses propres obligations et sa propre famille. Souvent nous sortons le samedi ou le dimanche pour prendre un café ».

Ces déclarations montrent des relations familiales et sociales nettement plus importantes que celles connues par la Dresse H_____ et contiennent au surplus des imprécisions et incohérences, notamment concernant la fréquence de ses rencontres avec son frère (« parfois » puis « souvent »).

De surcroît, l'assuré s'est montré évasif en audience quant à sa capacité à effectuer des tâches ménagères : « S'agissant de ma vie quotidienne, à la maison si j'arrive à faire quelque chose de la main gauche je le fais mais sans la forcer. Tandis que je ne fais pas les choses avec la main droite. Je suis droitier. Je n'arrive pas à faire à manger, je ne mange que des choses vite faites. Je ne suis pas très au courant de ce que dit le rapport d'expertise au sujet du ménage de la vie quotidienne, mais de ce que j'ai compris, il n'est pas exact que je fais le ménage moi-même ni que je range le lit. Malgré mes essais, je n'ai pas réussi à passer l'aspirateur de sorte qu'à ma demande c'est mon neveu qui le fait ».

Ces éléments de fait ne sont, dans leur ensemble, pas favorables à d'éventuels effets incapacitants de troubles psychiques de l'intéressé.

7.4.5 À teneur des déclarations de la Dresse H_____ en audience : « Quand j'ai rencontré le recourant le diagnostic était un épisode dépressif moyen avec un

syndrome somatique sous forme de trouble du sommeil et de la concentration principalement. Depuis lors, il y a eu par moment des améliorations avec un peu plus d'élan et un peu moins d'isolement. Fin 2021-début 2022, son état psychique s'est aggravé. Fin 2021, il a eu un très gros état grippal qui l'a beaucoup affaibli physiquement et le décès d'un proche au Kosovo quelques mois auparavant, et il y avait eu aussi le refus d'octroi de l'AI. J'ai noté une importante baisse de l'humeur à cette période avec une symptomatologie dépressive d'allure modérée à sévère à ce moment-là et j'ai décidé à ce moment-là de transférer le patient au CAPPI Servette pour qu'il puisse avoir une prise en charge plus globale et pluridisciplinaire et notamment une aide sur les aspects sociaux que je n'arrivais pas à gérer (permis de séjour par exemple, refus de l'AI et la nécessité qu'il soit accompagné dans ces différentes démarches, sachant qu'il y a des assistants sociaux dans les CAPPI). Je pense que M. A_____ avait besoin d'un point de vue médical d'un accompagnement plus intensif et des soins psychothérapeutique de type hôpital de jour pour l'aider à se remobiliser et améliorer son état psychique. L'idée pour se transfère était aussi qu'il puisse bénéficier d'un interprète car nous parlions ensemble le serbe alors qu'il est albanophone, ce qui rendait la communication difficile ».

Ce qui précède ne repose toutefois pas sur suffisamment d'éléments concrets et probants pour retenir éventuellement une aggravation de l'état psychique, de nature à avoir un impact sur la capacité de travail, entre la fin 2021 et la date du prononcé de la décision querellée le 29 mars 2022.

Le rapport du 2 mai 2023 des médecins du CAPPI Servette, qui suivent l'assuré depuis le 24 août 2022, donc ultérieurement au prononcé de la décision litigieuse, ne fait pas état d'une telle aggravation, ni ne contient d'éléments en faveur de cette dernière.

Au demeurant, selon la Dresse H_____, « on peut parler d'une aggravation de l'état psychique réactionnel aux aspects psychosociaux tel que le problème du permis de séjour et le refus de l'AI ». D'une manière générale, en audience, la partie recourante ainsi que la psychiatre traitante et le médecin généraliste traitant soulignent l'impact important sur l'état dépressif et la problématique de la capacité de travail des difficultés liées à la situation sociale de l'intéressé (âge, difficulté à réobtenir un permis de séjour, difficulté à parler en langue française, absence de bonne intégration à Genève, refus de l'AI etc.).

Or, en ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à

la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a *in fine*).

Dans le cas présent, les facteurs psychosociaux apparaissent au premier plan et réduisent encore la portée des problèmes psychiques à prendre en compte concernant la capacité de travail sous l'angle psychiatrique.

7.5 En définitive, hormis des limitations fonctionnelles, une incapacité de travail, tant au plan psychiatrique que somatique, doit être niée à compter d'août 2020.

Ceci constitue une modification sensible de l'état de santé du recourant et justifie une révision au sens de l'art. 17 LPGA avec effet dès le 1er novembre 2020 (trois mois après l'amélioration, en application de l'art. 88a al. 1 RAI), la décision querellée étant ainsi bien fondée sur ce point.

8.

8.1 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 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. 8 al. 1 et art. 16 LPGA).

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 consid. 4.1 et les références).

8.2 Le recourant ne conteste pas les revenus sans et avec invalidité tels que fixés par l'intimé, compte tenu de revenus relativement faibles déclarés dans l'extrait de compte individuel AVS (CI), sur la base tous les deux de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS), indexés jusqu'à l'année 2021, en partant du revenu statistique tiré d'activités simples et répétitives (niveau de compétences 1) pour un homme selon l'ESS 2018, TA1_tirage_skill_level, et le degré d'invalidité de 12,31%, arrondi à 12%, auquel l'office est parvenu à la suite d'un abattement

de 10% par rapport au revenu d'invalide de CHF 68'906.-, n'est en aucun cas défavorable à l'assuré.

8.3 Reste à examiner la question de l'abattement par rapport au revenu avec invalidité, que le recourant fixe à 25%, au lieu du taux de 10% retenu par l'intimé.

8.3.1 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 135 V 297 consid. 5.2 ; ATF 134 V 322 consid. 5.2 et les références; ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). 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'invalide, 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 (cf. ATF 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).

Bien que l'âge soit inclus dans le cercle des critères déductibles depuis la jurisprudence de l'ATF 126 V 75 – laquelle continue de s'appliquer (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_470/2017 du 29 juin 2018 consid. 4.2) – il ne suffit pas de constater qu'un assuré a dépassé la cinquantaine au moment déterminant du droit à la rente pour que cette circonstance justifie de procéder à un abattement. Encore récemment, le Tribunal fédéral a rappelé que l'effet de l'âge combiné avec un handicap doit faire l'objet d'un examen dans le cas concret, les possibles effets pénalisants au niveau salarial induits par cette constellation aux yeux d'un potentiel employeur pouvant être compensés par d'autres éléments personnels ou professionnels tels que la formation et l'expérience professionnelle de l'assuré concerné (arrêt du Tribunal fédéral 8C_227/2017 précité consid. 5). Il a considéré qu'un assuré ayant accompli plusieurs missions temporaires, alors qu'il était inscrit au chômage consécutivement à la cessation d'activité de son ancien employeur, disposait d'une certaine capacité d'adaptation sur le plan professionnel susceptible de compenser les désavantages compétitifs liés à son âge (59 ans au moment déterminant), surtout dans le domaine des emplois non qualifiés qui sont, en règle générale, disponibles indépendamment de l'âge de l'intéressé sur le marché équilibré du travail (arrêt du Tribunal fédéral 8C_227/2017 du 17 mai 2018 consid. 5; voir aussi arrêts du Tribunal fédéral 8C_403/2017 du 25 août 2017

consid. 4.4.1 et 8C_805/2016 du 22 mars 2017 consid. 3.4.3). À l'inverse, dans un autre arrêt récent rendu en matière d'assurance-invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_470/2017 du 29 juin 2018 consid. 4.2), le Tribunal fédéral a retenu un taux d'abattement de 10% dans le cas d'un assuré âgé de 61 ans qui, durant de longues années, avait accompli des activités saisonnières dans le domaine de la plâtrerie et dont le niveau de formation était particulièrement limité (arrêt du Tribunal fédéral 8C_103/2018 du 25 juillet 2018 consid. 5.2). En revanche, il a contesté un abattement dans le cas d'un assuré âgé de 55 ans au motif que ses excellentes qualifications personnelles, professionnelles et académiques constituaient un avantage indéniable en terme de facilité d'intégration sur le marché du travail (arrêt du Tribunal fédéral 9C_375/2019 du 25 septembre 2019 consid. 7.3).

Une réduction au titre du handicap dépend de la nature des limitations fonctionnelles présentées et n'entre en considération que si, sur un marché du travail équilibré, il n'y a plus un éventail suffisamment large d'activités accessibles à l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral C_280/2022 du 1er mars 2023 consid. 7.2.3 et les références).

S'agissant de la casuistique, des abattements de 10% et 15% sont confirmés par la Haute Cour dans des cas de non-usage de la main et du bras gauches, respectivement de restrictions d'usage de la main et du bras droits que la personne assurée pouvait néanmoins utiliser de multiples façon en évitant les poids supérieurs à 5 kg ainsi que les coups, les vibrations et les rotations fréquentes de la main droite, compte tenu de l'existence dans le marché du travail équilibré d'emplois compatibles avec ces limitations (cf. arrêts du Tribunal fédéral 8C_366/2013 du 18 juin 2013 consid. 4.2 ; 8C_350/2013 du 5 juillet 2013 consid. 3.3). À teneur d'un arrêt un peu plus récent, une unilatéralité de fait ou une restriction de la main dominante peut justifier un abattement compris entre 20% et 25%, ce dernier taux ayant été considéré comme conforme au pouvoir d'appréciation de l'instance précédente compte tenu également de l'aspect psychiatrique (arrêt du Tribunal fédéral 9C_363/2017 du 22 juin 2018 consid. 4.3 ; cf. aussi arrêt du Tribunal fédéral 9C_396/2014 du 15 avril 2015 consid. 5.2).

Selon la jurisprudence, le résultat exact du calcul du degré d'invalidité doit être arrondi au chiffre en pour cent supérieur ou inférieur selon les règles applicables en mathématiques. En cas de résultat jusqu'à x,49%, il faut arrondir à x % et pour des valeurs à partir de x,50%, il faut arrondir à x+1% (ATF 130 V 121 consid. 3.2).

8.3.2 Dans le cas présent, l'abattement de 10% a été accordé par l'OAI en raison des limitations fonctionnelles et du fait que seule une activité légère est possible.

Selon l'assuré, cette réduction n'est de loin pas suffisante. En effet, il se trouve « dans une situation extrêmement précaire » ; il a 54 ans (en 2022), dispose de peu de ressources, a cessé toute activité lucrative depuis son accident en 2016, n'est

plus au bénéfice d'un permis de séjour valable et a des connaissances très élémentaires de français, rendant ainsi ardu un retour à une activité lucrative à 100%.

8.3.3 Cela étant, concernant les limitations fonctionnelles telles qu'établies dans le rapport d'expertise et précisées par le SMR, est adaptée une activité légère mono-manuelle gauche, la main droite pouvant aider sans devoir faire des mouvements fins ou des mouvements en force (du point de vue orthopédique), respectivement un travail en évitant de porter des charges de plus de 10 kg, de travailler la tête en l'air (pas d'hypertension du rachis cervical) et de surcharger le rachis cervical, ainsi que de monter et descendre les échafaudages et les échelles (du point de vue rhumatologique).

La Haute Cour a considéré dans un cas qu'il y a suffisamment d'opportunités réalistes pour une personne avec fonctionnellement un seul bras (ici le gauche) qui lui reste, sur un marché du travail équilibré, à savoir des travaux légers de type mono-manuel à l'instar de simples activités de surveillance, d'inspection ainsi que du fonctionnement et de la surveillance de machines (semi-)automatiques ou d'unités de production qui ne nécessitent pas l'utilisation des deux bras et des deux mains, et que l'abattement fixé à 20% par l'instance précédente entrait dans le cadre du pouvoir d'appréciation de cette dernière (arrêt du Tribunal fédéral 8C_100/2012 du 29 mars 2012 consid. 3.4 et les références, cité par l'intimé au sujet des mesures professionnelles ; cf. aussi arrêt du Tribunal fédéral 8C_227/2018 du 14 juin 2018 consid. 4.2.1).

Or le recourant est droitier, et il lui sera dès lors manifestement difficile de trouver et exercer une activité légère requérant principalement l'usage de sa main gauche. Ceci vaut y compris dans des activités telles que décrites ci-dessus par le Tribunal fédéral qui requièrent des capacités de compréhension et d'apprentissage, au vu notamment de l'absence de formation aboutie et de connaissance suffisante de la langue française. À cela s'ajoutent les limitations fonctionnelles liées au rachis cervical (sous l'angle rhumatologique), ainsi que l'âge de 53 ans en 2021 dans un contexte d'absence d'emploi durant plusieurs années, de défaut de formation aboutie et de difficultés au plan social.

Dans ces circonstances particulières, un abattement de 25% par rapport au revenu d'invalide se justifie.

8.4 Sur la base des calculs opérés par l'OAI, cet abattement de 25% donne un degré d'invalidité de 27% ([75% de CHF 68'906.-] x 100 / CHF 70'722.-, et ensuite -100).

Ce taux d'invalidité est inférieur au minimum de 40% requis pour l'octroi d'une rente d'invalidité, prestation qui est donc exclue depuis le 1er novembre 2020.

9.

9.1 Aux termes de l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). Le droit aux mesures de réadaptation n'est pas lié à l'exercice d'une activité lucrative préalable. Lors de la fixation de ces mesures, il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante (art. 8 al. 1bis LAI en vigueur dès le 1er janvier 2008). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital).

9.2 Se pose en premier lieu la question de savoir si l'assuré est invalide ou menacé d'une invalidité permanente (art. 28 al. 1er LAI). On rappellera qu'il n'existe pas un droit inconditionnel à obtenir une mesure professionnelle (voir par ex. l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_385/2009 du 13 octobre 2009). Il faut également relever que si une perte de gain de 20% environ ouvre en principe droit à une mesure de reclassement dans une nouvelle profession (ATF 139 V 399 consid. 5.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_500/2020 du 1er mars 2021 consid. 2 et les références), la question reste ouverte s'agissant des autres mesures d'ordre professionnel prévues par la loi (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_464/2009 du 31 mai 2010).

9.3 En vertu de l'art. 15 LAI (intitulé « orientation professionnelle ») - dans sa version en vigueur dès le 1er janvier 2022 -, l'assuré auquel son invalidité rend difficile le choix d'une profession a droit à l'orientation professionnelle et à une mesure préparatoire à l'entrée en formation (al. 1). L'assuré auquel son invalidité rend difficile l'exercice de son activité antérieure a droit à l'orientation professionnelle (al. 2).

L'orientation professionnelle, qui inclut également les conseils en matière de carrière, a pour but de cerner la personnalité des assurés et de déterminer leurs capacités et leurs dispositions qui constitueront la base permettant de choisir une activité professionnelle appropriée ou une activité dans un autre domaine, voire un placement adéquat. Y ont droit les assurés qui, en raison de leur invalidité, sont limités dans le choix d'une profession ou dans l'exercice de leur activité antérieure et qui ont dès lors besoin d'une orientation professionnelle spécialisée (Circulaire sur les mesures de réadaptation professionnelle, CMRP, p. 16, nos 2001 et 2002). Le Tribunal fédéral a rappelé que l'orientation professionnelle se démarque des autres mesures d'ordre professionnel (art. 16 ss LAI) par le fait que, dans le cas particulier, l'assuré n'a pas encore fait le choix d'une profession. L'art. 15 LAI suppose que l'assuré soit capable en principe d'opérer un tel choix, mais que seule l'invalidité l'en empêche, parce que ses propres connaissances sur les aptitudes exigées et les possibilités disponibles ne sont pas suffisantes pour choisir une

profession adaptée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_882/2008 du 29 octobre 2009 consid. 5.1 et les références).

9.4 Selon l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée (al. 1). La rééducation dans la même profession est assimilée au reclassement (al. 2).

L'art. 6 al. 1 RAI précise que sont considérées comme un reclassement les mesures de formation destinées à des assurés qui en ont besoin, en raison de leur invalidité, après achèvement d'une formation professionnelle initiale ou après le début de l'exercice d'une activité lucrative sans formation préalable, pour maintenir ou pour améliorer sensiblement leur capacité de gain.

Par reclassement, la jurisprudence entend l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité. La notion d'équivalence approximative entre l'activité antérieure et l'activité envisagée ne se réfère pas en premier lieu au niveau de formation en tant que tel, mais aux perspectives de gain après la réadaptation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_644/2008 du 12 décembre 2008 consid. 3). En règle générale, l'assuré n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de réadaptation visé, mais non pas à celles qui seraient les meilleures dans son cas (ATF 124 V 110 consid. 2a et les références ; VSI 2002 p. 109 consid. 2a). En particulier, l'assuré ne peut prétendre à une formation d'un niveau supérieur à celui de son ancienne activité, sauf si la nature et la gravité de l'invalidité sont telles que seule une formation d'un niveau supérieur permet de mettre à profit d'une manière optimale la capacité de travail à un niveau professionnel plus élevé. Pour statuer sur le droit à la prise en charge d'une nouvelle formation professionnelle, on notera aussi que si les préférences de l'intéressé quant au choix du genre de reclassement doivent être prises en considération, elles ne sont en principe pas déterminantes, mais bien plutôt le coût des mesures envisagées et leurs chances de succès, étant précisé que le but de la réadaptation n'est pas de financer la meilleure formation possible pour la personne concernée, mais de lui offrir une possibilité de gain à peu près équivalente à celle dont elle disposait sans invalidité (cf. VSI 2002 p. 109 consid. 2a; RJJ 1998 p. 281 consid. 1b, RCC 1988 p. 266 consid. 1 et les références). Cela étant, si en l'absence d'une nécessité dictée par l'invalidité, une personne assurée opte pour une formation qui va au-delà du seuil d'équivalence, l'AI peut octroyer des contributions correspondant au droit à des prestations pour une mesure de reclassement équivalente (substitution de la prestation ; VSI 2002 p. 109 consid. 2b et les références).

9.5 Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAI (mesure d'aide au placement) - dans sa version en vigueur dès le 1er janvier 2022 -, l'assuré en incapacité de travail (art. 6 LPGA) et susceptible d'être réadapté a droit à un soutien pour rechercher un emploi approprié ou, s'il en a déjà un, pour le conserver.

Selon la jurisprudence, les raisons de santé pour lesquelles l'assuré rencontre des difficultés dans la recherche d'un emploi approprié entrent dans la notion d'invalidité propre à l'aide au placement si l'atteinte à la santé occasionne des difficultés dans la recherche d'un emploi au sens large (ATF 116 V 80 consid. 6a). Tel est le cas par exemple si, en raison de sa surdité ou de son manque de mobilité, l'assuré ne peut avoir un entretien d'embauche ou est dans l'incapacité d'expliquer à un employeur potentiel ses possibilités réelles et ses limites (par ex. les activités qu'il peut encore exécuter en dépit de son atteinte visuelle), de sorte qu'il n'aura aucune chance d'obtenir l'emploi souhaité (arrêt du Tribunal fédéral I 421/01 du 15 juillet 2002 consid. 2c, in VSI 2003 p. 274; arrêt du Tribunal fédéral 9C_859/2010 du 9 août 2011 consid. 2.2).

Lorsque la capacité de travail est limitée uniquement du fait que seules des activités légères peuvent être exigées de l'assuré, il faut qu'il soit entravé de manière spécifique par l'atteinte à la santé dans la faculté de rechercher un emploi (arrêt du Tribunal fédéral I 421/01 précité consid. 2c, in VSI 2003 p. 274), principe dont la jurisprudence a admis qu'il demeurait valable également après l'entrée en vigueur de la 4ème et de la 5ème révision de l'AI (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 427/05 du 24 mars 2006, in SVR 2006 IV Nr. 45 p. 162; arrêt du Tribunal fédéral 9C_416/2009 du 1er mars 2010 consid. 5.2). Au regard de l'art. 18 al. 1 LAI, dont le texte et le sens sont absolument clairs, la mesure d'aide au placement ne permet pas de prévoir une courte période d'observation professionnelle et d'entraînement au travail (arrêt du Tribunal fédéral 9C_416/2009 du 1er mars 2010 consid. 4.1 et 4.2).

10.

10.1 Dans le cas présent, dans la décision attaquée, l'office a semblé ne pas avoir refusé définitivement le droit de l'assuré à des mesures professionnelles. Il indique en effet, sous « nouvelle réadaptation » : « La situation médicale, personnelle et professionnelle est examinée régulièrement. Après l'octroi de la rente, des mesures de nouvelle réadaptation, si elles sont indiquées, sont mises en œuvre dans le but d'améliorer la capacité de gain ».

Ces assertions ne permettent toutefois pas de savoir quand l'octroi de telles mesures pourraient être examiné.

Quoi qu'il en soit, dans sa réponse au recours, l'intimé a refusé tout octroi de mesures professionnelles, faute de taux d'invalidité minimal de 20% pour un reclassement et considérant que l'atteinte à la santé du recourant n'est pas un obstacle à ce qu'il choisisse une profession adaptée et qu'il y a suffisamment d'opportunités pour lui sur un marché du travail équilibré, à savoir des travaux légers de type mono-manuel à l'instar de simples activités de surveillance, d'inspection ainsi que du fonctionnement et de la surveillance de machines (semi-)automatiques ou d'unités de production qui ne nécessitent pas

l'utilisation des deux bras et des deux mains (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_100/2012 précité consid. 3.4 et les références).

10.2 Dans son recours, l'intéressé conclut subsidiairement (en cas de négation du droit à une rente d'invalidité) à des mesures professionnelles et, dans son complément de recours, précise que son degré d'invalidité nettement supérieur à 20% rend possible une mesure de reclassement et qu'il a droit, à titre subsidiaire, à une orientation professionnelle, voire à une aide au placement.

10.3 À tout le moins par mesure d'économie de procédure, il se justifie de trancher ici, dans son principe, la question du droit du recourant à des mesures professionnelles.

L'assuré n'apparaît tout d'abord pas être entravé de manière spécifique par ses atteintes à la santé dans la faculté de rechercher un emploi, ce qui s'oppose à une aide au placement (art. 18 LAI).

En revanche, compte tenu de ses limitations fonctionnelles, notamment du fait qu'il doit trouver une activité légère requérant principalement l'usage de sa main gauche alors qu'il est droitier, il sera limité de manière importante dans le choix d'une profession, ce d'autant plus au regard notamment de l'absence de formation aboutie et de connaissance suffisante de la langue française.

Ceci justifie l'octroi d'une mesure d'orientation professionnelle (art. 15 LAI).

Vu son taux d'invalidité supérieur à 20%, l'assuré a en outre en principe droit à un reclassement (art. 17 LAI), ce pour autant que la condition d'une motivation suffisante de sa part soit remplie.

Cela étant, après l'orientation professionnelle, l'office examinera l'opportunité d'un stage d'observation professionnelle, qui aurait pour but de déterminer plus concrètement quelle activité pourrait convenir au recourant mais aussi d'évaluer la motivation de ce dernier et, ce faisant, de vérifier si les conditions subjectives nécessaires à l'octroi d'une mesure de reclassement seraient réunies (cf. ATAS/313/2011 du 24 mars 2011).

L'assuré est d'ores et déjà rendu attentif au fait que la mise en œuvre de telles mesures professionnelles et sa réussite dépendront en grande partie de sa motivation.

11. Vu ce qui précède, le recours sera partiellement admis, et la décision querellée réformée en ce sens uniquement qu'il est dit que le recourant a droit à une orientation professionnelle et en principe, pour autant que la condition d'une motivation suffisante de sa part soit remplie – ce qu'il appartiendra à l'OAI d'examiner –, à un reclassement, et confirmée pour le surplus (concernant en particulier le refus de rente d'invalidité). La cause est dès lors renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire dans le sens des considérants concernant les mesures professionnelles.

12. Le recourant, représenté par une avocate, a droit à une indemnité de dépens réduite, de CHF 1'500.-, compte tenu de l'admission partielle de son recours (cf. art. 61 let. g LPGA *a contrario*).

La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI étant soumise à des frais de justice, un émolument de CHF 200.- sera mis à la charge de l'intimé (cf. 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. L'admet partiellement.
3. Réforme la décision rendue le 29 mars 2022 par l'intimé en ce sens uniquement qu'il est dit que le recourant a droit à une orientation professionnelle et en principe à un reclassement, et confirme cette décision pour le surplus.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire dans le sens des considérants concernant les mesures professionnelles.
5. Alloue au recourant une indemnité de dépens de CHF 1'500.-, à la charge de l'intimé.
6. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
7. 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	Le président
Diana ZIERI	Blaise PAGAN

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