

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2179/2025

ATAS/729/2026

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 25 août 2026

Chambre 10

En la cause

A_____
représenté par Me Sarah BRAUNSCHMIDT SCHEIDEGGER,
avocate

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Joanna JODRY, présidente ; Saskia BERENS TOGNI et
Pierre-Bernard PETITAT, juges assesseurs.**

EN FAIT

- A.** **a.** A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1975, marié et père de quatre enfants nés entre 2008 et 2020, restés au Kosovo, a effectué sa scolarité dans ce pays et a toujours travaillé dans le domaine de l'entretien des jardins (élagage, abattage, etc.), y compris après son arrivée en Suisse, remontant au 1^{er} janvier 2008 selon ses dires. À teneur de l'extrait de son compte individuel AVS (ci-après : CI), l'assuré a travaillé une première fois pour B_____ Sàrl (ci-après : l'employeur), entreprise de jardinage sise à C_____, de septembre à octobre 2004, de mars à décembre 2007, ainsi qu'en 2009. Entre 2011 et 2016, il a travaillé chaque année (au moins durant quelques mois) pour cette société dont l'associé-gérant est B_____, son frère. L'extrait du CI ne mentionne pas d'autre employeur et atteste d'années de cotisations complètes dès 2017.
- b.** Le 12 mai 2021, l'assuré a été victime d'un accident dans le jardin d'un client. Selon la déclaration de sinistre complétée le 14 mai 2021 par l'employeur, l'assuré a glissé et est tombé sur le dos, alors qu'il était en train de couper une branche sur un arbre en étant attaché avec un harnais.
- c.** Le 20 mai 2021, la CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après : SUVA) a informé l'assuré de la prise en charge du cas.
- d.** Selon un rapport de « consultation aux urgences – chirurgie du trauma rachis » des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), établi le 21 mai 2021 par les docteurs D_____ et E_____, respectivement médecin chef de clinique et médecin interne, l'assuré, qui portait un casque, ne présentait ni traumatisme crânien ni perte de connaissance le jour de l'accident. À leur arrivée, les ambulanciers avaient relevé, entre autres, un score de 15 à la GCS (*Glasgow Coma Scale* ; échelle de Glasgow), confirmé aux urgences.
- e.** Par rapport du 25 mai 2021, la docteure F_____, médecin adjointe auprès du service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG, a indiqué qu'en tombant de l'arbre qu'il élaguait, l'assuré avait effectué une chute d'environ 2 m et atterri sur un sol mou (terre) sur ses pieds, avant un impact dorsal sur du béton. Elle a diagnostiqué une fracture de type B2 au niveau de la charnière thoraco-lombaire (D12-L1) avec une composante de tassement en D12 et d'éclatement incomplet en L1, traitée le 17 mai 2021 par spondylodèse de D12-L2 et implant SpineJack® en L1. À cela s'ajoutaient, au membre supérieur gauche, une fracture du scaphoïde et du tubercule distal du scaphoïde, une fracture arrachement non déplacée du triquétrum, une fracture non déplacée de la corne antérieure du lunatum et une fracture épiphysaire articulaire non déplacée du radius distal.

f. Selon un rapport d'accident établi le 3 juin 2021 par un enquêteur de la SUVA, faisant suite à des renseignements recueillis par téléphone auprès de l'assuré et à une enquête effectuée le 21 mai 2021 auprès de l'employeur, l'assuré était tombé d'une hauteur estimée de 4 à 5 m le jour de l'accident. La cause de la chute était inconnue mais selon le témoignage de l'assuré et de l'employeur, le nœud de Prussik installé sur la corde d'escalade aurait glissé sur cette dernière.

g. Le 9 décembre 2021, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) en précisant qu'il présentait des blessures après être tombé d'un arbre le 12 mai 2021.

h. Dans un rapport du 2 février 2022, l'employeur a indiqué à l'OAI qu'en tant qu'aide-jardinier, l'assuré travaillait 45 heures par semaine à raison de 9 heures par jour depuis le 1^{er} janvier 2011. Au 1^{er} janvier 2021, son salaire s'élevait à CHF 79'800.- par année, versé en douze mensualités de 6'650.-.

i. Du 20 avril au 11 mai 2022, date de son retour à domicile, l'assuré a séjourné à la Clinique V_____ (ci-après : V_____) à l'initiative de la SUVA.

j. Dans un rapport d'évaluation du 21 juin 2022, la division réadaptation professionnelle de l'OAI a relaté un entretien ayant eu lieu en présence de l'assuré et de B_____ qui assurait la traduction. Le 12 mai 2021, l'assuré avait effectué une chute d'environ 4 à 5 m sur un sol mou (terre). Il avait quitté la V_____ depuis quelques semaines et était dans l'attente du rapport de cette clinique. Selon l'assuré, l'évolution était défavorable avec un gonflement au niveau du milieu du dos et des douleurs conséquentes au niveau des lombaires. Ce phénomène le limitait dans ses mouvements. Actuellement, il était capable de maintenir une position assise une quinzaine de minutes. Sur terrain plat, il pouvait marcher une dizaine de minutes avant de faire une pause. Son port de charges était limité à 2 kg. Sur question, B_____ a indiqué qu'il n'existait pas de poste adapté au sein de son entreprise. L'assuré ne possédait pas de permis de travail mais une procédure de régularisation était en cours. Actuellement, il ne se sentait pas apte à suivre une quelconque mesure de réadaptation.

k. Dans un rapport du 6 juillet 2022, les docteurs G_____ et H_____, respectivement médecin associé et médecin assistante à la V_____, ont retenu, à titre de diagnostic principal, des thérapies physiques et fonctionnelles pour rachialgies chroniques au décours d'une chute le 12 mai 2021 et, à titre de diagnostics secondaires, des rachialgies chroniques, des séquelles de dystrophie rachidienne de croissance dorsale moyenne et lombaire, une chute d'un arbre le 12 mai 2021 avec fracture de tassement de D12 et L1, fractures des processus transverses droits de L1 et L2 et, au membre supérieur gauche, fracture du scaphoïde et du tubercule distal du scaphoïde, fracture arrachement non déplacée du triquétrum, fracture non déplacée de la corne antérieure du lunatum et fracture épiphysaire articulaire non déplacée du radius distal. À cela s'étaient ajoutées successivement, le 17 mai 2021, une spondylodèse mini-invasive de

D12-L2 avec cyphoplastie par SpineJack® en L1, le 19 janvier 2022, des infiltrations articulaires postérieures dorsales en D11-D12 des deux côtés et, le 9 février 2022, une infiltration lombaire.

Au cours du séjour, les médecins de la V_____ n'ont retenu aucun nouveau diagnostic orthopédique. Sur le plan psychiatrique, l'évaluation réalisée au début du séjour ne retenait pas de trouble psychopathologique patent. L'assuré s'était vu proposer des entretiens centrés sur les effets de l'accident sur sa vie, incluant la thématique de la reconversion professionnelle. L'évaluation faite sur le plan psychiatrique ne retenait pas de signe en faveur d'un « PTSD » (trouble de stress *post-traumatique*) ou d'un trouble anxieux.

Même si les plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquaient principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour, des facteurs contextuels (mauvaise compréhension du français, kinésiophobie et catastrophisme ressortant des auto-questionnaires) influençaient négativement les aptitudes fonctionnelles de l'assuré. Sa participation aux thérapies avait été faible et l'évolution subjective et objective non significative. Hormis des autolimitations en lien avec les douleurs et la conviction de ne pouvoir réaliser que des activités exigeant un niveau d'effort minimal, inférieur à sédentaire ou essentiellement assis, aucune incohérence n'avait été relevée.

S'agissant des limitations fonctionnelles définitives, l'assuré devait éviter le port répétitif de charges supérieures à 5-10 kg et les activités nécessitant le maintien prolongé du tronc en porte-à-faux. Actuellement, la situation était pratiquement stabilisée du point de vue médical. Aucune nouvelle intervention n'était prévue et la physiothérapie, prévue à la sortie, avait pour objectif le maintien des acquis et de la qualité de vie. Le pronostic de réinsertion était défavorable pour l'ancienne activité mais théoriquement favorable pour une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Cependant, les facteurs personnels et contextuels (assuré centré sur ses douleurs, sous-estimant le niveau d'activité à sa portée, maîtrisant mal le français et sans qualification reconnue) représentaient un frein au processus de réorientation.

l. Dans un rapport du 8 juillet 2022, relatif à une consultation du 29 juin 2022, la docteure I_____, cheffe de clinique auprès du service de neurochirurgie des HUG, a expliqué que l'imagerie concernant le rachis montrait une bonne tenue des vis sans complication secondaire. Elle comptait rediscuter l'option d'une ablation du matériel d'ostéosynthèse (ci-après : AMO) implanté lors du prochain « colloque trauma rachis ».

m. Le 16 septembre 2022, la division réadaptation professionnelle de l'OAI a mis fin à son mandat de réadaptation en invoquant le fait que l'assuré ne souhaitait manifestement bénéficier d'aucune mesure malgré plusieurs propositions faites dans ce sens.

n. À la suite d'une nouvelle consultation du 17 novembre 2022 la Dre I_____ a indiqué dans un rapport du 22 novembre 2022 qu'elle avait expliqué à l'assuré qu'une AMO ne constituerait pas une garantie d'amélioration des symptômes (muscles douloureux à la palpation tout le long du dos et de manière plus marquée au niveau de la fixation) et qu'elle induirait même le risque d'une déformation secondaire et, dans ce cas, la nécessité d'une nouvelle intervention chirurgicale. Sur la base de ces éléments, l'assuré avait préféré poursuivre la physiothérapie. Une radiographie EOS de la colonne totale et une radiographie dorso-lombaire étaient prévues dans six mois.

o. Dans un rapport du 28 juin 2023, relatif à une consultation du 24 mai 2023, la Dre I_____ a indiqué que la radiographie EOS de la colonne totale montrait, entre autres, sur le plan statique, un déséquilibre sagittal avec un « SVA » (axe vertical sagittal) pathologique à 131 mm, un manque de lordose L1-S1 mesuré à 43°, une incidence pelvienne à 41° et une obliquité pelvienne de 5 mm. Sur le plan morphologique, on notait des stigmates de spondylodèse de D12-L2 avec vis transpédiculaires en D12 et L2 tenues par des tiges postérieures. Le matériel était en place et intègre. On objectivait également des stigmates de SpineJack® et cimentoplastie de L1, avec une partie du matériel en surprojection du disque D12-L1, stable « par rapport au comparatif ». La fracture-tassement de D12 était également « stable par rapport au comparatif », avec une perte de hauteur mesurée à 8%, une cunéiformisation de 9° et un angle de cyphose régional à 20°. Pour le surplus, on objectivait une majoration de la discopathie sus-jacente à la spondylodèse, une cervico-discarthrose étagée ainsi qu'une coxarthrose modérée des deux côtés. En synthèse, l'assuré présentait une chronicisation des douleurs à la suite d'une fracture B2 au niveau D12-L1 traitée chirurgicalement en mai 2021. Elle comptait mettre en place une nouvelle consultation avec le centre multidisciplinaire de la douleur et arrêter le suivi neurochirurgical. Pour sa part, l'assuré se chargerait de prendre rendez-vous avec un psychologue en vue d'un soutien psychologique.

p. Dans un rapport du 5 octobre 2023, le docteur J_____, médecin adjoint auprès du service d'anesthésiologie des HUG, a posé les diagnostics de rachialgies chroniques *post-traumatiques* (MG30.20) persistantes après accident de travail le 12 mai 2021 avec fracture de D12-L1, traitées par spondylodèse mini-invasive D12-L2 le 17 mai 2021, et invalidantes malgré opiacés, physiothérapie active et infiltration intra-facettaire, et d'hypertension artérielle (à titre de comorbidité). À plus d'un an de la précédente consultation, l'assuré présentait une persistance de ses rachialgies *post-traumatiques* invalidantes, sans grand changement. Les mesures qui avaient été préconisées n'avaient pas porté leurs fruits, que ce soit le Tramadol 100 mg retard (qui n'améliorait pas les mobilisations), la neurostimulation électrique transcutanée (TENS) (inefficace), le séjour à la V_____ en 2022 (inutile) ou la physiothérapie (devenue complètement passive). De plus, les évaluations sur le plan psychologique et orthopédique

(« consultation rachis ») n'avaient pas été réalisées. L'examen clinique était quasi impossible en raison d'un syndrome lombo-vertébral avec douleurs à la palpation myofasciale diffuse. À cela s'ajoutait une baisse de thymie avec une difficulté à comprendre les mécanismes de sensibilisation aux douleurs et une focalisation de l'intéressé sur la question du retrait ou non du matériel de spondylodèse. En conclusion, il proposait la poursuite d'une prise en charge multimodale avec quelques nuances, à savoir un sevrage progressif du Tramadol, une convocation de l'assuré par le professeur K_____, médecin adjoint agrégé auprès du service de rhumatologie des HUG (intervenant en qualité de rhumatologue à la « consultation rachis ») et par le docteur L_____, psychiatre, pour évaluer l'assuré et optimiser sa réadaptation, malgré la barrière linguistique.

q. Dans un rapport du 29 septembre 2023, faisant suite à une consultation donnée le 25 septembre 2023, le Pr K_____ a indiqué avoir commencé une éducation thérapeutique de l'assuré à la douleur chronique. Une nouvelle consultation était prévue d'ici un mois pour une reprise des explications et une tentative de rassurer l'assuré, ce avant la mise en place d'un programme thérapeutique autour de l'activité physique progressive, abandonnée depuis le séjour à la V_____.

r. À la demande de la SUVA, l'assuré s'est rendu le 25 septembre 2024 auprès des docteurs M_____, médecin d'assurance et spécialiste en chirurgie orthopédique, et N_____, psychiatre d'assurance, pour un double examen en présence d'un interprète.

s. Par rapport du 25 septembre 2024, le Dr N_____ a estimé que l'examen du jour n'avait pas mis en évidence de symptomatologie dépressive. En ce qui concernait l'anxiété, il y avait des ruminations inquiètes mais spécifiques qui concernaient le contexte existentiel, de sorte qu'on pouvait considérer qu'elles étaient normales vu celui-ci. Il n'y avait pas de crises anxieuses signalées. En revanche, il était particulièrement marqué par le niveau de handicap et le comportement très démonstratif et algique massif de l'assuré, accompagné d'une régression importante, car il ne faisait quasiment plus rien à son domicile. Il était également quelque peu surprenant que tous les traitements pratiqués à ce jour n'aient eu aucun impact positif, même mineur, et que l'évolution fût aussi catastrophique. De ce fait, il suspectait fortement des incohérences conséquentes et mettait en avant deux diagnostics différentiels possibles, à savoir la majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0), l'autre hypothèse étant celle d'un comportement plus conscient/volontaire, soit d'une simulation (F68.1) consistant à entretenir, voire exagérer des troubles préexistants avec comme but d'obtenir un bénéfice direct et précis, comme d'échapper à la charge et à la responsabilité de rester intégré dans un environnement professionnel. « Même s'il [s'agissait] là de diagnostics par hypothèses, le décours de la problématique et le handicap généré [semblaient] tels qu'on ne [pouvait] pas ne pas les évoquer ».

t. Dans son rapport du 26 septembre 2024, le Dr M_____ a indiqué que lors de l'examen de la veille, l'assuré s'était montré très douloureux à la palpation ou à la mobilisation et avait validé tous les points de Waddell. Il retenait le diagnostic de fracture opérée de L1 avec pontage T12-L2 et SpineJack® L1 sans signe neurologique initial, et considérait que l'état de l'assuré n'avait évolué aucunement depuis le rapport du 28 juin 2023 de la Dre I_____ et même depuis son observation prolongée à la V_____. Aucune demande d'examen n'avait eu lieu pendant plus d'un an. Pour sa part, il estimait que « tout [était] stabilisé et par ailleurs étonnant et discrétant tant l'examen multi-algique ne [reposait] objectivement sur aucune explication rationnelle ». On constatait cependant de plus en plus un déconditionnement important dans l'état chronicisé. Comme déjà constaté à la V_____, des facteurs contextuels influençaient négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par l'assuré. Au vu des plaintes de l'assuré, il était nécessaire, malgré les incohérences relevées à distance des derniers examens spécialisés, de vérifier s'il n'existait pas de majoration objective de la hernie discale sus-jacente T6-T7 ou de modification de l'état de la colonne lombaire en général. À cette fin, il avait d'abord besoin de deux imageries par résonance magnétique (ci-après : IRM), soit une dorsale et une lombaire, avant d'effectuer une appréciation complémentaire dans le cadre de laquelle il se prononcerait sur la stabilisation, les limitations fonctionnelles, l'exigibilité d'une activité adaptée et le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI).

u. Dans un rapport du 4 octobre 2024, relatif à une IRM de la colonne dorsale et lombaire de l'assuré, la docteure O_____, radiologue, a indiqué que l'IRM lombaire illustre un status *post-cimentoplastie* d'une fracture de L1 et spondylodèse D12-L2 sans complication identifiée. Pour le reste, il existait une discopathie D6-D7 avec une protrusion discale focale postéro-médiane, sans retentissement intra-canalair, une discrète discopathie L5-S1 protrusive à focalisation foraminale gauche venant au contact du trajet foraminaire de la racine L5 gauche, sans franche compression radiculaire identifiée. Enfin, il n'y avait ni rétrécissement canalaire dorsolombaire, ni pathologie intra-canalair, ni lésion intra-médullaire.

v. Par appréciation complémentaire du 12 décembre 2024, le Dr M_____ a répondu à une série de questions. Invité à dire dans quelle mesure il y avait lieu d'attendre, au moins au degré de la vraisemblance prépondérante, de traitements supplémentaires une amélioration de l'état de santé résultant de l'accident, il a indiqué qu'en dehors d'antalgiques de palier 1, tout avait été mis en œuvre chez l'assuré. L'activité de jardinier n'était plus exigible mais dans une activité légère, c'est-à-dire sans port répétitif de charges supérieures à 5-10 kg ni maintien prolongé du tronc en porte-à-faux, la capacité de travail était de 100% sans perte de rendement.

w. Le 12 décembre 2024, le Dr M_____ a évalué l'IPAI à 20%.

x. Par courrier du 13 décembre 2024, la SUVA a fait savoir à l'assuré qu'elle mettrait fin au paiement des soins médicaux et des indemnités journalières avec effet au 31 janvier 2025.

B. a. Par avis du 28 janvier 2025, le service médical régional de l'OAI (ci-après : SMR) a décidé de suivre l'appréciation du 12 décembre 2024 du Dr M_____. En conclusion, l'atteinte à la santé incapacitante au sens de l'assurance-invalidité consistait en une fracture de L1 – traitée par spondylodèse D12-L2 – et en une discopathie D6-L7 et L5-S1. L'incapacité de travail était totale depuis le 12 mai 2021 et ce de manière durable dans l'activité habituelle d'aide-jardinier. En revanche, dans une activité adaptée, c'est-à-dire n'impliquant ni port répétitif de charges supérieures à 5-10 kg ni maintien prolongé du tronc en porte-à-faux, la capacité de travail était entière à compter du 12 décembre 2024.

b. Dans une note du 13 février 2025, l'OAI a déterminé le degré d'invalidité de l'assuré à 8.45% (arrondi à 8%). Ce taux correspondait à la perte de gain ressortant de la comparaison de ses revenus avec et sans invalidité, le premier revenu représentant ce que l'assuré pouvait espérer gagner dans le cadre de l'exercice à plein temps d'une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, et le second étant fondé sur la moyenne des revenus qu'il avait obtenus auprès de son employeur avant l'atteinte à la santé.

c. Par projet de décision du 28 février 2025, l'OAI a envisagé de mettre l'assuré au bénéfice d'une rente entière d'invalidité limitée dans le temps, du 1^{er} juin 2022 au 28 février 2025, et de ne pas lui octroyer de mesures professionnelles.

d. Par décision du 8 mai 2025, la SUVA a octroyé à l'assuré une IPAI de CHF 29'640.-, mais lui a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité, le taux d'invalidité de 7% n'atteignant pas le minimum de 10% requis. Il ressortait des investigations qu'en dépit des suites de son accident, l'assuré était à même d'exercer une activité dans différents secteurs de l'industrie, à condition de ne pas porter de manière répétée des charges supérieures à 5-10 kg et d'éviter les activités nécessitant le maintien prolongé du tronc en porte-à-faux. Un travail léger devait donc être privilégié. Une telle activité, qui était exigible à plein temps, lui permettrait de réaliser, selon l'enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS) de 2022, un revenu de CHF 63'660.-, correspondant à CHF 66'365.55 pour 41.7 heures de travail et CHF 69'123.33 une fois indexé à l'indice suisse des salaires (ci-après : ISS) en 2024 puis à l'estimation trimestrielle actuelle en 2025. Après prise en compte d'un abattement de 10%, compte tenu des limitations fonctionnelles et de la situation de l'intéressé, le revenu avec invalidité se montait à CHF 62'211.-. En comparant ce montant au revenu sans invalidité de CHF 66'740.55 (correspondant au revenu ressortant du CI, réalisé en 2020, indexé à l'ISS 2024 et à l'estimation trimestrielle actuelle en 2025), la perte de gain se montait à CHF 4'529.55 et le taux d'invalidité à 6.79% (arrondi à 7%). Outre les séquelles organiques de l'accident, des troubles psychiques réduisaient aussi la capacité de gain. Cependant, pour être pris en compte, ceux-ci devaient présenter

un lien de causalité adéquate avec l'accident du 12 mai 2021, ce qui n'était pas le cas en l'espèce.

e. Par décision du 19 mai 2025, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1^{er} juin 2022 au 28 février 2025, complétée pour la même période par quatre rentes complémentaires pour enfant liées à celles du père.

Le statut de l'assuré était celui d'une personne se consacrant à plein temps à son activité professionnelle.

Il ressortait de l'instruction médicale que son incapacité de travail était totale dans toute activité dès le 12 mai 2021 (début du délai d'attente d'un an) et qu'à l'échéance du délai d'attente, soit le 12 mai 2022, son incapacité de gain était entière. Cependant, étant donné que la demande de prestations avait été déposée le 9 décembre 2021 et qu'elle était ainsi tardive, la rente ne pouvait être versée que six mois plus tard, soit à compter du mois de juin 2022. Compte tenu de l'amélioration de l'état de santé apparue par la suite, sa capacité de travail était de 100% dès le 12 décembre 2024, dans une activité adaptée à son état de santé. En procédant, après cette amélioration, à une comparaison des revenus avec et sans invalidité, la perte de gain s'élevait à CHF 5'515.- et le degré d'invalidité à 8%, ce qui justifiait que la rente entière d'invalidité ne lui fût plus versée à compter du 1^{er} mars 2025, soit trois mois après l'amélioration constatée. Par ailleurs, une invalidité de 8% n'ouvrait pas droit aux mesures professionnelles.

f. Le 10 juin 2025, l'assuré a formé opposition à la décision du 8 mai 2025 de la SUVA.

C. a. Le 20 juin 2025, l'assuré, représenté par une avocate, a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : chambre de céans) d'un recours contre la décision de l'OAI du 19 mai 2025, concluant à son annulation, à l'octroi d'une rente d'invalidité entière ou à tout le moins partielle, assortie de mesures professionnelles. À l'appui de sa position, il a contesté l'évolution de son état de santé et de ses limitations fonctionnelles et, partant, l'amélioration de son état de santé ainsi que la capacité de travail pleine et entière que l'intimé lui reconnaissait « dès le 1^{er} mars 2025 » (*recte* : 12 décembre 2024). Les revenus avec et sans invalidité, de même que l'étendue de la perte de gain, étaient non moins contestés. Le recourant a également sollicité, à titre préalable, un délai pour compléter son argumentation et étayer celle-ci au moyen de rapports médicaux complémentaires.

b. Par écriture spontanée du 15 juillet 2025, l'intimé a transmis, pour information, une copie de la décision du 14 juillet 2025 de la SUVA, rejetant l'opposition formée le 10 juin 2025 à l'encontre de la décision du 8 mai 2025.

c. Le 18 août 2025, dans le délai prolongé à cet effet, le recourant a complété son recours en soutenant que la soi-disant capacité de travail entière que l'intimé lui reconnaissait ne tenait compte ni des douleurs, ni des troubles du sommeil secondaires à celles-ci, ni de l'effet secondaire des médicaments (somnolence,

faible capacité de concentration), ni du volet psychiatrique du cas, de sorte qu'une expertise pluridisciplinaire s'imposait, de même qu'un abatement plus important sur son revenu avec invalidité. Enfin, si la suppression de sa rente était confirmée, il conviendrait de le mettre au bénéfice de mesures professionnelles.

À l'appui de sa position, il a produit un rapport du 17 juin 2025 du professeur P_____, médecin adjoint agrégé responsable d'unité auprès du service d'anesthésiologie des HUG, et du Dr J_____, relatif à une consultation d'antalgie ambulatoire du 25 mars 2025. Retenant les mêmes diagnostics que dans le précédent rapport du 5 octobre 2023 du Dr J_____, ces médecins ont indiqué que le recourant rapportait des lombalgies persistantes sans amélioration notable depuis le dernier entretien (juin 2024). Aux dires du patient, les douleurs étaient quotidiennes, plus intenses durant la nuit, et entraînaient toujours des conséquences directes sur ses activités de la vie quotidienne : son périmètre de marche était limité à dix minutes avant de devoir s'asseoir et repartir. La qualité de son sommeil était altérée avec trois à quatre réveils par nuit et la perte d'activité physique associée à une prise de poids de plus de 20 kg. Selon ces médecins, les douleurs étaient plus intenses à droite mais associées à des irradiations au membre inférieur gauche qui était non déficitaire et ne présentait pas d'autres signes neurologiques. Sur le plan thérapeutique, le recourant n'avait pas participé au groupe de thérapie cognitive et comportementale comme proposé en juin 2024. Il n'avait pas non plus suivi de « physiothérapie avec éducation thérapeutique en neurosciences de la douleur » avec Q_____, physiothérapeute et formatrice. On constatait néanmoins un bon suivi de la physiothérapie douce en piscine. Le recourant rapportait prendre quotidiennement des opiacés (Tramadol) et myorelaxants (Tzanidine). En revanche, la prise de l'antidépresseur prescrit (Duloxétine) avait été suspendue. Ils retrouvaient toujours des lombalgies chroniques *post-traumatiques* avec une composante nociplastique qui semblait toujours prédominante. Aussi ont-ils évoqué des objectifs qui leur paraissaient réalistes non seulement au niveau d'une diminution de l'intensité des douleurs, mais surtout d'une réduction de l'impact de celles-ci sur les activités de la vie quotidienne, le sommeil et l'humeur. Plus précisément, ils ont proposé plusieurs mesures dans le cadre d'une prise en charge multimodale et encouragé le recourant à se soumettre, sur le plan physique, à une évaluation et prise en charge coordonnée – physio et ergothérapeutique – dans le cadre d'une réadaptation du rachis auprès de la Rachis *Clinic* et, sur le plan psychologique, à « investir le suivi » qui était le sien actuellement, en le complétant avec la participation – déjà proposée par le passé – au groupe de thérapie cognitive et comportementale. Sur le plan médicamenteux, la prise de Tramadol pourrait être diminuée, voire suspendue ou gardée en réserve afin de limiter les mécanismes de sensibilisation en lien avec cette molécule (en plus du risque de dépendance). Dans un second temps, l'adjonction de perfusions de kétamine, effectuées de manière ponctuelle à la consultation d'antalgie ambulatoire, pourrait être discutée. En termes de mobilisation de ressources personnelles, ils encourageaient aussi le recourant à

poursuivre l'éducation thérapeutique effectuée avec des vidéos didactiques (retrainpain.org ou infomaldedoss.ch). Enfin, ils ne prévoyaient pas de revoir le recourant, à moins d'une nouvelle exacerbation douloureuse invalidante non contrôlée par le traitement conservateur ou de la manifestation d'un intérêt pour des perfusions de kétamine.

d. Par réponse du 9 septembre 2025, l'intimé a conclu au rejet du recours en soutenant qu'aucun élément médical objectif ne corroborait les allégations faites par le recourant. Au contraire, les indications convergentes ressortant des rapports médicaux versés au dossier évoquaient une fracture consolidée sans complications ni signes irritatifs, ainsi qu'une absence de pathologie psychiatrique. Dans ces conditions, un nouvel examen s'avérerait superflu en l'absence d'éléments objectifs remettant en cause l'appréciation des précédents examinateurs.

e. Le 3 octobre 2025, le recourant a répliqué en faisant valoir que si tous les rapports convergeaient pour constater qu'il souffrait de manière persistante et invalidante, il n'en demeurait pas moins que personne n'était en mesure d'expliquer clairement pourquoi, ce qui démontrait précisément que le problème se situait dans les limites de l'évaluation médicale et non dans la sincérité des plaintes exprimées.

f. Le 28 octobre 2025, l'intimé a dupliqué en soutenant que les contradictions présentes dans le dossier ne relevaient pas de l'appréciation médicale mais de la différence manifeste entre le comportement très « catastrophique » (*recte* : catastrophiste) du recourant et l'absence d'éléments cliniques objectifs pouvant expliquer de telles plaintes.

g. Par envoi spontané du 22 décembre 2025, le recourant a produit un rapport du 27 novembre 2025 des docteurs R_____ et S_____, respectivement médecin interne et médecin adjoint au service de psychiatrie adulte des HUG, relatant qu'il était suivi au centre ambulatoire de psychiatrie et psychothérapie intégrée (CAPPI T_____) depuis le 18 septembre 2025. Il y bénéficiait d'un suivi ambulatoire de crise à une fréquence d'environ deux entretiens par semaine en lien avec un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2). Les limitations fonctionnelles en découlant se manifestaient par des troubles de la mémoire et de la concentration, des troubles du sommeil avec fatigabilité, de l'anhédonie et de l'aboulie ainsi qu'une perte d'élan vital accompagnée d'un sentiment de désespoir. Interrogés sur les répercussions de ce diagnostic sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée, ils ont estimé que les symptômes précités semblaient avoir un effet significatif sur son fonctionnement et que selon leur appréciation, son incapacité de travail était totale. Dans la mesure où la capacité de travail n'était ni totale ni partielle, la question de savoir si le traitement suivi (Cymbalta, Tramadol, Sirdalud, Dafalgan et traitement hypertenseur à préciser) exerçait une influence supplémentaire sur le rendement était sans objet. Invités à dire s'ils partageaient l'appréciation du Dr N_____, ils ont répondu qu'il leur était difficile de se prononcer sur une

évaluation faite un an auparavant mais que selon leur appréciation actuelle, les symptômes dépressifs décrits par le recourant étaient bien présents et invalidants.

h. Le 22 janvier 2026, l'intimé a produit un avis du 19 janvier 2026 du SMR. Prenant position au sujet du rapport du 27 novembre 2025 des Drs R_____ et S_____, le docteur U_____, médecin SMR, a relevé que ce rapport faisait état d'une éventuelle atteinte psychique incapacitante, postérieure à l'évaluation faite par le SMR le 28 janvier 2025. Il convenait cependant de s'en tenir à cette dernière pour plusieurs raisons. Tout d'abord, ces psychiatres retenaient des symptômes décrits par le recourant lui-même. Or, selon l'expertise psychiatrique réalisée le 25 septembre 2025 par le Dr N_____, certaines plaintes (à l'image de la fatigue et des troubles du sommeil) n'avaient pas empêché cet expert de retenir une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0), soit un comportement souvent histrionique d'allégation voire de démonstration de symptômes somatiques. De plus, les limitations fonctionnelles évoquées n'étaient pas décrites précisément avec leur retentissement éventuel « en terme[s] de critère[s] de gravité, selon les critères de la CIM 10 ou CIM 11 ». Enfin, aucun élément n'était apporté pour renseigner sur l'observance du traitement.

Tirant argument de cet avis du SMR, l'intimé a souligné que jusqu'à la décision litigieuse, aucune atteinte psychiatrique incapacitante n'avait pu être objectivée et que, dès lors que le rapport du 27 novembre 2025 des Drs R_____ et S_____ n'était pas suffisamment étayé, il ne pouvait pas servir à apprécier de manière rétrospective la situation antérieure à la décision.

i. Par envoi spontané du 25 février 2026, le recourant a soutenu qu'au contraire, le rapport du 27 novembre 2025 précité éclairait rétroactivement la situation médicale déterminante et ne concernait pas un fait médical nouveau dont la survenance aurait été postérieure à la décision litigieuse. En conséquence, une instruction complémentaire s'avérerait nécessaire.

j. Le 3 mars 2026, l'intimé a transmis, pour information, une copie d'une attestation de la SUVA, détaillant les indemnités journalières que le recourant avait reçues de cet assureur jusqu'au 31 janvier 2025.

k. Par ordonnance du 10 juin 2026, la chambre de céans a requis la production, par la SUVA, du dossier LAA du recourant.

l. Le 24 juin 2026, la chambre de céans a informé les parties que le dossier LAA du recourant, communiqué par la SUVA à la suite de l'ordonnance du 10 juin 2026, était à leur disposition au greffe pour consultation.

Il en ressort en particulier que les parties ont été entendues le 9 juin 2026 par la chambre de céans. À cette occasion, le recourant a confirmé qu'il avait exclusivement travaillé, en Suisse, en qualité d'aide-jardinier pour l'entreprise B_____ Sàrl appartenant à son frère, qu'il avait également aidé ce dernier à gérer la société en son absence et qu'il n'avait plus exercé d'activité professionnelle

depuis son accident. Interrogé sur les importantes fluctuations de son salaire entre 2017 et 2021, il a expliqué que ces changements étaient dus à l'activité exercée. Il ne travaillait pas à 100% mais sur appel. Il était payé à l'heure, selon un taux fixe. Selon lui, il n'y avait pas eu de changement du salaire horaire. Interrogé sur les motifs de l'augmentation de son salaire à partir de 2021, il a indiqué qu'il convenait de poser la question à son patron. Il ne pouvait pas expliquer non plus pour quelle raison il avait perçu, en 2019 et 2020, un salaire inférieur à ce que prévoyait le contrat entré en vigueur le 1^{er} février 2019. Le paiement du salaire s'effectuait de la main à la main en espèces. Il signait des reçus au moment de se faire remettre l'argent mais ne savait plus où étaient ces documents. Quant aux fiches de salaire, elles lui avaient toujours été remises mais il ne se souvenait plus où elles se trouvaient.

Entendu le même jour à titre de renseignement, B_____ a indiqué qu'entre 2017 et 2021, son entreprise comptait trois travailleurs, dont lui-même, tous jardinier ou aide-jardinier. Actuellement, l'entreprise était presque en faillite mais il avait encore un collaborateur à 50%. Il avait conclu des contrats de travail avec le recourant, dont un contrat valable dès février 2019. Les fluctuations du salaire de son frère s'expliquaient par le travail qu'ils avaient à effectuer. Ainsi, il n'avait pas de salaire fixe avant 2021 et était payé en fonction des heures travaillées. Le recourant habitait chez lui. Il était nourri, logé et était au lit presque toute la journée à cause des nombreux médicaments qu'il prenait. Sur question du représentant de l'intimé, B_____ a confirmé que son frère avait un salaire fixe avant 2021 et qu'il n'était pas payé à l'heure. Il n'avait plus travaillé depuis l'accident ni reçu de salaire. Interrogé sur l'existence d'un salaire de CHF 14'182.- figurant au CI pour 2022, B_____ a indiqué qu'il avait souvent interpellé la caisse à ce sujet, sans toutefois obtenir de réponse. À l'issue de l'audience, la chambre de céans a imparté un délai à B_____ pour produire certains documents.

m. Le 22 juin 2026, l'employeur a transmis à la chambre de céans les fiches de salaire de mars à décembre 2017 mentionnant un revenu de CHF 2'469.92, part du 13^e salaire comprise (CHF 24'000.- par an), les fiches de salaire de janvier à décembre 2018 faisant état d'un revenu de CHF 5'259.42, part du 13^e salaire comprise (CHF 63'113.04 par an), les fiches de salaire de janvier à décembre 2019 mentionnant un revenu de CHF 5'286.50, part du 13^e salaire comprise (CHF 63'438.- par an), les fiches de salaire de janvier à décembre 2020 indiquant un revenu de CHF 4'905.- versé en 13 mensualités (CHF 63'765.- par an), les fiches de salaire de janvier à avril 2021 mentionnant un revenu de CHF 6'650.-, part du 13^e salaire comprise (CHF 79'800.- par an), la fiche de salaire de mai 2021 indiquant un revenu de CHF 2'359.70 versé pour la période du 1^{er} au 11, ainsi que des indemnités journalières accident à hauteur de CHF 3'790.- du 12 au 31, un courrier du 15 octobre 2023 de l'employeur, résiliant le contrat de travail du recourant pour le 15 décembre 2023, une attestation du

8 janvier 2024 de l'employeur certifiant que B_____ présentait une incapacité de travail de 100% pour cause de maladie du 1^{er} mars 2022 au 31 décembre 2023, et un avenant au contrat de travail, daté du 1^{er} janvier 2021, portant le salaire mensuel brut du recourant à CHF 6'650.-, 13^e salaire inclus, dès le 1^{er} janvier 2021, et maintenant toutes les autres clauses et conditions du contrat de travail du 1^{er} janvier 2017 pour le surplus.

n. Le 24 juillet 2026, la chambre de céans a reçu de l'employeur, dans la procédure parallèle, un décompte de salaire « juin 2022 » pour le recourant, mentionnant une « correction salaires mai 2018 à décembre 2019 » et des indemnités journalières accidents du « 01.06-30.06.2022 ».

o. Ce document a été communiqué aux parties et la cause gardée à juger.

EN DROIT

1.

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

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

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

La procédure devant la chambre de céans est ainsi régie par les dispositions de la LPGA et de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA – E 5 10).

1.3 Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA ; art. 62 al. 1 LPGA).

Posté le 20 juin 2025, le recours a été interjeté en temps utile. Comme il respecte également les conditions de forme prévues par l'art. 61 let. b LPGA (art. 89B LPA), il est recevable.

2. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision du 19 mai 2025, par laquelle l'intimé a accordé au recourant une rente d'invalidité entière pour la période limitée du 1^{er} juin 2022 au 28 février 2025, a supprimé cette prestation à partir du 1^{er} mars 2025, et a nié tout droit à des mesures professionnelles.

3.

3.1 Dans le cadre du développement continu de l'AI, la LAI, le règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI - RS 831.201) et l'art. 17 LPGA notamment ont été modifiés avec effet au 1er janvier 2022 (modifications des 19 juin 2020 et 3 novembre 2021 ; RO 2021 705 et RO 2021 706).

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

3.2 En l'occurrence, est litigieuse la révision, au sens de l'art. 17 LPGA, d'une rente d'invalidité dont le droit est né postérieurement au 31 décembre 2021, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

- 4.** L'art. 17 al. 1 LPGA dispose que la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, lorsque le taux d'invalidité de l'assuré :
- a. subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage, ou
 - b. atteint 100%.

4.1 Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité 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, applicable par analogie (ATF 148 V 321 consid. 7.3.1 ; 145 V 209 consid. 5.3 ; 125 V 413 consid. 2d).

4.2 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'art. 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 144 I 103 consid. 2.1 ; 134 V 131 consid. 3 ; 130 V 343 consid. 3.5).

Si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels s'améliore, ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où 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 (art. 88a al. 1 RAI).

4.3 La base de comparaison déterminante dans le temps pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente est constituée par la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit (ATF 147 V 167 consid. 4.1 et la référence). Cependant l'octroi rétroactif d'une rente d'invalidité limitée dans le temps présuppose, en règle générale, l'existence de motifs de révision, c'est-à-dire un changement ayant une incidence sur le droit à la rente intervenu avant même que la décision de rente ne soit rendue (ATF 148 V 321 consid. 7.3.1 ; 145 V 215 V 215 consid. 8.2 ; 145 V 209 consid. 5.3). Dans le cas de l'octroi rétroactif d'une rente temporaire ou échelonnée, les bases de comparaison déterminantes sont, d'une part, la date du début du droit à la rente et, d'autre part, la date de la modification du droit à la rente compte tenu du délai de trois mois de l'art. 88a RAI (arrêt du Tribunal fédéral 8C_51/2024 du 2 juillet 2024 consid. 2.4 et les références).

- 5.** Aux termes des art. 8 al. 1 LPGa et 4 al. 1 LAI, 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.

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

5.1 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 I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

5.2 L'évaluation de l'invalidité s'effectue à l'aune d'un marché équilibré du travail. Cette notion, théorique et abstraite, sert de critère de distinction entre les cas relevant de l'assurance-chômage ou de l'assurance-invalidité. Elle présuppose un équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre d'une part et un marché du travail structuré (permettant d'offrir un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des sollicitations intellectuelles que physiques) d'autre part

(ATF 110 V 273 consid. 4b). Le caractère irréaliste des possibilités de travail doit alors découler de l'atteinte à la santé – puisqu'une telle atteinte est indispensable à la reconnaissance de l'invalidité (art. 7 et 8 LPGA) – et non de facteurs psychosociaux ou socioculturels qui sont étrangers à la définition juridique de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 6.1 et la référence).

5.3 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 malade, 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 ; 102 V 165 consid. 3.1 ; VSI 2001 p. 223 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 ; 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

5.3.1 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 ; 132 V 65 consid. 4.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.2).

5.3.2 L'organe chargé de l'application du droit doit, avant de procéder à l'examen des indicateurs, analyser si les troubles psychiques dûment diagnostiqués conduisent à la constatation d'une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'assurance-invalidité, c'est-à-dire qui résiste aux motifs dits d'exclusion tels qu'une exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie (ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 5.2.2 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).

5.4 Pour des motifs de proportionnalité, on peut renoncer à une appréciation selon la grille d'évaluation normative et structurée si elle n'est pas nécessaire ou si elle est inappropriée. Il en va ainsi notamment lorsqu'il n'existe aucun indice en faveur d'une incapacité de travail durable ou lorsque l'incapacité de travail est niée sous l'angle psychique sur la base d'un rapport probant établi par un médecin spécialisé 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. En l'absence d'un diagnostic psychiatrique,

une telle appréciation n'a pas non plus à être effectuée (ATF 143 V 418 consid. 7.1 ; 143 V 409 consid. 4.5.3 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_43/2023 du 29 novembre 2023 consid. 5.2 ; 9C_101/2019 du 12 juillet 2019 consid. 4.3 ; 9C_176/2018 du 16 août 2018 consid. 3.2.2).

6. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler (ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les références ; 125 V 256 consid. 4 et les références). En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre.

L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il 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 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b).

Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références ; 125 V 351 consid. 3b/bb).

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

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 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 n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 8C_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références).

7. 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 pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités revêtent une importance significative ou entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 et les références). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (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 ; 122 V 157 consid. 1d).

8. En l'espèce, il convient de comparer la situation telle qu'elle se présentait au moment de la naissance du droit à la rente, en juin 2022, avec celle qui existait le 12 décembre 2024, date à laquelle l'intimé a retenu un changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité.

Il ressort de la décision contestée, elle-même fondée sur l'avis du SMR du 28 janvier 2025, qu'au terme du délai d'attente d'un an, soit le 12 mai 2022, le recourant présentait une incapacité de gain entière, justifiant en principe l'octroi d'une rente entière dès cette date. Cependant, compte tenu du dépôt de la demande le 9 décembre 2021, la rente ne pouvait être versée qu'à compter du mois de juin 2022, conformément à l'art. 29 al. 1 LAI (demande tardive). Se fondant sur l'appréciation du 12 décembre 2024 du Dr M_____, le SMR a également estimé que si le recourant présentait toujours une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle d'aide-jardinier, sa capacité de travail était à nouveau entière à cette date dans une activité adaptée, c'est-à-dire n'impliquant ni port répétitif de charges supérieures à 5-10 kg ni maintien prolongé du tronc en porte-à-faux.

Le recourant conteste la capacité de travail de 100% que le SMR lui reconnaît dans une activité adaptée.

8.1 Il convient donc d'examiner la valeur probante de l'avis du 28 janvier 2025 du SMR, fondé sur les diagnostics (de nature exclusivement somatique) mentionnés dans le rapport du 26 septembre 2024 du Dr M_____ et le rapport du 4 octobre 2024 de la Dre O_____, soit une fracture de L1 traitée par spondylodèse D12-L2 et une discopathie D6-D7 et L5-S1.

Dans son rapport du 26 septembre 2024, établi le lendemain de l'examen clinique du recourant, le Dr M_____ a constaté que l'état du recourant n'évoluait aucunement depuis le rapport du 28 juin 2023 de la Dre I_____ et même depuis l'observation prolongée à la V_____. Il a précisé que « tout [était] stabilisé et par ailleurs étonnant et discrétant, tant l'examen multi-algique ne reposait objectivement sur aucune explication rationnelle ». Sachant en outre que malgré ces incohérences, le Dr M_____ a tenu à s'assurer qu'il n'existait pas de majoration objective de la hernie discale sus-jacente T6-T7 et qu'à cet égard, l'IRM du 4 octobre 2024 de la Dre O_____ a constaté qu'il n'y avait ni rétrécissement canalaire, ni pathologie intra-canalaire, ni lésion intra-médullaire sur le plan dorsolombaire en général et que plus spécifiquement, la discopathie D6-D7 était sans retentissement intra-canalaire et la discrète discopathie L5-S1 sans franche compression radiculaire identifiée, l'appréciation de la capacité de travail du recourant, faite le 12 décembre 2024 par le Dr M_____, bien motivée, fondée sur une connaissance approfondie du dossier et un examen personnel du recourant, apparaît convaincante. Aussi le SMR était-il fondé à calquer son avis du 28 janvier 2025 sur les appréciations du Dr M_____.

8.2 D'avis contraire, le recourant fait valoir en substance que même si les rapports du Prof. P_____ et du Dr J_____, et de la Dre I_____ ne peuvent « relater que les plaines exprimées, la constance et la convergence de leurs observations confèrent [aux] douleurs un caractère objectivable et quantifiable », de sorte que la reprise d'une activité professionnelle serait inenvisageable pour lui au vu de ses nombreuses limitations. Cet argument et les conclusions qui en sont tirées ne sauraient être suivis. On rappellera à ce sujet que la jurisprudence qualifie d'objectivables les résultats d'examens qui sont reproductibles et indépendants de la personne qui effectue l'examen et des indications du patient, de sorte qu'on ne peut parler de séquelles d'accident organiquement objectivables que lorsque les résultats obtenus ont été confirmés par des examens d'appareillage/d'imagerie et que les méthodes d'examen utilisées à cet effet sont scientifiquement reconnues (*cf.* ATF 138 V 248 consid. 5.1, également applicable en matière d'assurance-invalidité ; *cf.* entre autres : arrêt du Tribunal fédéral 8C_26/2016 du 18 mai 2016 consid. 5.2). Il s'ensuit qu'il ne suffit pas, comme en l'espèce, que les médecins du recourant ne puissent relater que les plaintes exprimées, ce que le recourant relève lui-même à juste titre.

8.3 Dans un deuxième moyen, le recourant soutient qu'il existerait éventuellement une traduction des douleurs (en particulier des signes de Waddell constatés le 25 septembre 2024 par le Dr M_____) sur le plan psychique et qu'à cet égard, la

question d'un trouble somatoforme douloureux n'aurait jamais été véritablement explorée. En conséquence, le rapport du 25 septembre 2024 du Dr N_____, auquel le SMR se réfère dans son avis du 19 janvier 2026, serait lacunaire.

Contrairement à ce que soutient le recourant, on ne voit pas en quoi le SMR aurait négligé des indices concrets susceptibles de remettre en cause la fiabilité du rapport d'examen du Dr N_____. En particulier, le recourant semble méconnaître le fait que ce psychiatre n'était pas tenu de diagnostiquer un trouble psychique invalidant, en particulier un trouble somatoforme douloureux, au seul motif que dans le rapport du 26 septembre 2024 du Dr M_____, l'intensité des douleurs rapportées ne reposait sur aucune explication rationnelle compte tenu de leur non-organicité (validation de tous les points de Waddell ; pour un cas et une appréciation similaire : cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_743/2024 du 10 novembre 2024 consid. 6.2). La chambre de céans constate bien plutôt que dans son rapport du 26 septembre 2024, le Dr N_____ n'identifie aucune symptomatologie ayant la valeur d'un diagnostic incapacitant et qu'il se dit « particulièrement marqué par le niveau de handicap et le comportement [du recourant] [...] très démonstratif avec un comportement algique massif et une régression importante », tout en trouvant « quelque peu surprenant que tous les traitements pratiqués à ce jour n'aient eu aucun impact positif, même mineur, et que l'évolution soit aussi catastrophique ». Tirant argument des « incohérences (conséquentes) » qu'il suspecte fortement, le Dr N_____ en conclut qu'il convient de se questionner sur le « pourquoi » de la gravité/intensité des symptômes mis en avant par le recourant, de leurs conséquences ainsi que des comportements générés, et donc de s'interroger sur leur origine, ce qui permet à ce spécialiste de retenir alternativement (diagnostic différentiel) une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.1), voire une simulation (F68.1).

La chambre de céans relève par ailleurs que les conclusions du Dr N_____ ne sont pas mises en doute par une appréciation psychiatrique divergente, à tout le moins pour la période ayant couru jusqu'à la décision litigieuse. En effet, à la question du conseil du recourant (« Êtes-vous d'accord avec l'appréciation du [Dr] N_____, en particulier avec le diagnostic retenu et l'évaluation de la capacité de travail dans une activité adaptée (document annexé) ? »), les Drs R_____ et S_____ répondent dans leur rapport du 27 novembre 2025 qu'il leur « est difficile de [s'] exprimer sur une évaluation psychiatrique effectuée un an auparavant ».

Sachant par ailleurs que le juge appelé à connaître de la légalité d'une décision doit apprécier l'état de fait déterminant existant au moment où cette dernière a été rendue (ATF 131 V 407 consid. 2.1.2.1 ; 121 V 366 consid. 1b), il importe peu, en définitive, que pour la période postérieure à celle-ci, correspondant en l'espèce à un suivi psychiatrique ayant commencé le 18 septembre 2025, les psychiatres du

recourant soient d'avis que leur patient présenterait un trouble dépressif sévère totalement incapacitant (*cf.* rapport du 27 novembre 2025 des Drs R_____ et S_____). Cette conclusion s'impose à plus forte raison que ces médecins n'examinent pas si l'atteinte qu'ils retiennent résiste aux motifs dits d'exclusion, tels qu'une exagération, ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie.

Dans ces conditions, la chambre de céans constate que l'avis du 26 janvier 2026 du SMR ne prête pas le flanc à la critique en tant qu'il conclut que l'appréciation de la capacité de travail du recourant, telle qu'elle ressort de l'avis du SMR du 28 janvier 2025, demeure d'actualité, y compris après l'analyse du cas sur le plan psychiatrique.

Partant, la chambre de céans considérera qu'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le recourant présentait une capacité de travail nulle dans toute activité du 12 mai 2021 au 12 décembre 2024, mais entière dans une activité adaptée depuis lors.

9. Aussi convient-il d'examiner si à l'issue de la période de trois mois (art. 88a RAI), le recourant présentait une perte de gain suffisante pour pouvoir prétendre au maintien – ne serait-ce que partiel – de son droit à la rente au-delà de cette date.
10. En vertu de l'art. 28b LAI, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière (al. 1). Pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69%, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité (al. 2) ; pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70%, l'assuré a droit à une rente entière (al. 3). Pour les taux d'invalidité compris entre 40 et 49%, la quotité de la rente s'échelonne de 25 à 47.5% (al. 4).

La quotité de la rente est déterminée en fonction de l'incapacité de gain au moment où le droit à la rente prend naissance (art. 28 al. 1 let. c LAI).

10.1 Pour évaluer le taux d'invalidité d'un assuré exerçant une activité lucrative, le revenu qu'il 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. Le Conseil fédéral fixe les revenus déterminants pour l'évaluation du taux d'invalidité ainsi que les facteurs de correction applicables (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI).

L'art. 25 RAI pose les principes de la comparaison des revenus. Selon son al. 1, est réputé revenu au sens de l'art. 16 LPGA le revenu annuel présumable sur lequel les cotisations seraient perçues en vertu de la LAVS, à l'exclusion toutefois : des prestations accordées par l'employeur pour compenser des pertes de salaire par suite d'accident ou de maladie entraînant une incapacité de travail dûment prouvée (let. a) ; des indemnités de chômage, des allocations pour perte

de gain au sens de la LAPG et des indemnités journalières de l'assurance-invalidité (let. b).

Les revenus déterminants au sens de l'art. 16 LPGa sont établis sur la base de la même période et au regard du marché du travail suisse (art. 25 al. 2 RAI).

Si les revenus déterminants sont fixés sur la base de valeurs statistiques, les valeurs médianes de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS) de l'Office fédéral de la statistique (ci-après : OFS) font foi. D'autres valeurs statistiques peuvent être utilisées, pour autant que le revenu en question ne soit pas représenté dans l'ESS. Les valeurs utilisées sont indépendantes de l'âge et tiennent compte du sexe (art. 25 al. 3 RAI). Les valeurs statistiques sont adaptées au temps de travail usuel au sein de l'entreprise selon la division économique ainsi qu'à l'évolution des salaires nominaux (art. 25 al. 4 RAI).

La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants des revenus sans et avec invalidité 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 137 V 334 consid. 3.1.1 ; 128 V 29 consid. 1 ; 104 V 135 consid. 2a et 2b).

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

10.2 Selon l'art. 26 RAI, le revenu sans invalidité (art. 16 LPGa) est déterminé en fonction du dernier revenu de l'activité lucrative effectivement réalisé avant la survenance de l'invalidité. Si le revenu réalisé au cours des dernières années précédant la survenance de l'invalidité a subi de fortes variations, il convient de se baser sur un revenu moyen équitable (al. 1).

Si le revenu effectivement réalisé est inférieur d'au moins 5% aux valeurs médianes usuelles dans la branche selon l'ESS au sens de l'art. 25 al. 3, le revenu sans invalidité correspond à 95% de ces valeurs médianes, excepté lorsque le revenu avec invalidité au sens de l'art. 26^{bis} al. 1 RAI est également inférieur d'au moins 5% aux valeurs médianes usuelles dans la branche selon l'ESS ou lorsque l'assuré exerçait une activité lucrative indépendante (art. 26 al. 2 et 3 RAI).

Pour déterminer le revenu hypothétique que l'assuré aurait pu réaliser sans l'atteinte à la santé (revenu sans invalidité), ce n'est pas le revenu de sa dernière activité qui est déterminant, mais le revenu qu'il aurait réalisé au degré de la vraisemblance prépondérante s'il n'était pas devenu invalide (arrêt du Tribunal fédéral 9C_887/2017 du 7 juin 2018 consid. 4.2 ; Madeleine RANDACHER, *in* KIESER/ KRADOLFER/ LENDFERS [éd.], ATSG-Kommentar, 2024, n. 20 *ad* art. 16 LPGa). Partant de la présomption que l'assuré aurait continué d'exercer son activité sans la survenance de son invalidité, ce revenu se déduit en

principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en prenant en compte également l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente ; des exceptions ne peuvent être admises que si elles sont établies au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 139 V 28 consid. 3.3.2 et les références ; 135 V 297 consid. 5.1 et les références ; 134 V 322 consid. 4.1 et les références).

Si la perte de l'emploi est due à des motifs étrangers à l'invalidité, le revenu sans invalidité doit en principe être déterminé sur la base de valeurs moyennes (arrêts du Tribunal fédéral 9C_500/2020 du 1^{er} mars 2021 consid. 4.1 ; 9C_212/2015 du 9 juin 2015 consid. 5.4 et références). C'est par exemple le cas lorsque l'emploi occupé avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant pour l'évaluation de l'invalidité (arrêts du Tribunal fédéral 9C_501/2013 du 28 novembre 2013 consid. 4.2 ; 9C_416/2011 du 26 janvier 2011 consid. 3.2 et la référence à l'arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2), lorsqu'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la personne assurée aurait perdu son emploi même sans atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_882/2010 du 25 janvier 2011 consid. 7.2.2) ou qu'elle a déjà perdu son emploi avant l'accident (arrêt du Tribunal fédéral U 3/03 du 4 septembre 2003 consid. 6.2).

Il est également possible de s'écarter du salaire réalisé en dernier lieu lorsqu'on ne peut le déterminer sûrement, notamment lorsqu'il est soumis à des fluctuations importantes ; il faut alors procéder à une moyenne des gains réalisés sur une période relativement longue (arrêts du Tribunal fédéral 8C_2/2023 du 7 septembre 2023 consid. 3.2 et les références ; 8C_157/2023 du 10 août 2023 consid. 3.2 et la référence). C'est notamment le cas si le dernier salaire obtenu avant la survenance de l'invalidité est nettement plus élevé que les salaires obtenus jusqu'alors. Dans ce cas, le dernier salaire ne peut servir de référence pour le revenu sans invalidité que s'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'assuré aurait continué à le percevoir (arrêt du Tribunal fédéral 9C_760/2015 du 21 juin 2016 consid. 3.2 et les références).

10.3 S'agissant du revenu avec invalidité, l'art. 26^{bis} al. 1 RAI dispose que si l'assuré réalise un revenu après la survenance de l'invalidité, le revenu avec invalidité (art. 16 LPGa) correspond à ce revenu, à condition que l'assuré exploite autant que possible sa capacité fonctionnelle résiduelle en exerçant une activité qui peut raisonnablement être exigée de lui.

Si l'assuré ne réalise pas de revenu déterminant, le revenu avec invalidité est déterminé en fonction des valeurs statistiques visées à l'art. 25 al. 3 RAI (art. 26^{bis} al. 2 RAI). Dans ce cas, il y a lieu de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1_tirage_skill_level, 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 126 V 75 consid. 3b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_58/2021 du

30 juin 2021 consid. 4.1.1), telle qu'elle ressort de la version de l'ESS publiée au moment déterminant de la décision querellée (ATF 143 V 295 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_655/2016 du 4 août 2017 consid. 6.3). Cette valeur statistique médiane s'applique 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 (arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3).

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), respectivement T17 (à partir de 2012) si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalidité et que le secteur en question est adapté et exigible (ATF 133 V 545 et les références citées ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_124/2021 du 2 août 2021 consid. 4.4.1 ; 8C_111/2021 du 30 avril 2021 consid. 4.2.1 et les références).

10.3.1 Depuis la 10^e édition des ESS (ESS 2012), les emplois sont classés par l'OFS par profession en fonction du type de travail qui est généralement effectué. L'accent est ainsi mis sur le type de tâches que la personne concernée est susceptible d'assumer en fonction de ses qualifications (niveau de ses compétences) et non plus sur les qualifications en elles-mêmes. Quatre niveaux de compétence ont été définis en fonction de neuf groupes de profession (voir table T17 de l'ESS 2012 p. 44) et du type de travail, de la formation nécessaire à la pratique de la profession et de l'expérience professionnelle (voir table TA1 « *skill level* » de l'ESS 2012 ; ATF 142 V 178 consid. 2.5.3). Le niveau 1 est le plus bas et correspond aux tâches physiques et manuelles simples, tandis que le niveau 4 est le plus élevé et regroupe les professions qui exigent une capacité à résoudre des problèmes complexes et à prendre des décisions fondées sur un vaste ensemble de connaissances théoriques et factuelles dans un domaine spécialisé (on y trouve par exemple les directeurs/trices, les cadres de direction et les gérant[e]s, ainsi que les professions intellectuelles et scientifiques). Entre ces deux extrêmes figurent les professions dites intermédiaires (niveaux 3 et 2). Le niveau

3 implique des tâches pratiques complexes qui nécessitent un vaste ensemble de connaissances dans un domaine spécialisé (notamment les techniciens, les superviseurs, les courtiers ou encore le personnel infirmier). Le niveau 2 se réfère aux tâches pratiques telles que la vente, les soins, le traitement des données, les tâches administratives, l'utilisation de machines et d'appareils électroniques, les services de sécurité et la conduite de véhicules. L'application du niveau 2 se justifie uniquement si la personne assurée dispose de compétences ou de connaissances particulières. L'accent est donc mis sur le type de tâches que l'assuré est susceptible d'assumer en fonction de ses qualifications mais pas sur les qualifications en elles-mêmes. Il faut encore préciser que l'expérience professionnelle de plusieurs années dont peut se prévaloir un assuré – sans formation commerciale ni autre qualification particulière acquise pendant l'exercice de la profession – ne justifie pas à elle seule un classement supérieur au niveau de compétence 2, dès lors que dans la plupart des secteurs professionnels un diplôme ou du moins des formations et des perfectionnements (formalisés) sont exigés (ATF 150 V 354 consid. 6.1).

10.3.2 Selon l'art. 26^{bis} al. 3 RAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2024), une déduction de 10% est opérée sur la valeur statistique visée à l'al. 2. Si, du fait de l'invalidité, l'assuré ne peut travailler qu'avec une capacité fonctionnelle au sens de l'art. 49 al. 1^{bis}, de 50% ou moins, une déduction de 20% est opérée. Aucune déduction supplémentaire n'est possible.

Dans un arrêt de principe (ATF 150 V 410), le Tribunal fédéral a considéré que le régime de déduction sur les salaires statistiques des ESS, tel que prévu de manière exhaustive à l'art. 26^{bis} al. 3 RAI (dans sa teneur en vigueur du 1^{er} janvier 2022 au 31 décembre 2023), n'est pas compatible avec le droit fédéral. Le Tribunal fédéral a relevé notamment qu'il ressortait des travaux préparatoires relatifs à la révision de la LAI (Développement continu de l'AI), que la jurisprudence actuelle en matière d'abattement devait être, pour l'essentiel, reprise et que la méthode d'évaluation du taux d'invalidité devait, en principe, rester inchangée (cf. consid. 9.4.2). Or, en limitant la déduction à 10% dans le cas où les capacités fonctionnelles de la personne assurée ne lui permettent de travailler qu'à un taux d'occupation de 50% ou moins (cf. art. 26^{bis} al. 3 RAI), le Conseil fédéral avait choisi une autre voie (consid. 9.4.3). Par conséquent, si en raison des circonstances du cas d'espèce, le salaire statistique des ESS doit être adapté au-delà de ce que prévoit l'art. 26^{bis} al. 3 RAI, il y a lieu recourir, en complément, à la jurisprudence appliquée jusqu'à présent par le Tribunal fédéral (consid. 10.6).

Concernant l'art. 26^{bis} al. 3 RAI dans sa teneur en vigueur au 1^{er} janvier 2024 – ici déterminante –, le Tribunal fédéral ne s'est pas prononcé à ce jour sur le point de savoir si l'ATF 150 V 410 précité est toujours d'actualité.

En tout état, il sied de rappeler que selon la jurisprudence du Tribunal fédéral en matière d'abattement, la mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances

personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références ; 135 V 297 consid. 5.2 ; 134 V 322 consid. 5.2 et les références). Il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération ; il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidité, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret (ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références). D'éventuelles limitations liées à la santé, déjà comprises dans l'évaluation médicale de la capacité de travail, ne doivent pas être prises en compte une seconde fois dans l'appréciation de l'abattement, conduisant sinon à une double prise en compte du même facteur (ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références ; 146 V 16 consid. 4.1 et ss. et les références). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3).

10.3.3 Le salaire fondé sur les ESS doit encore être adapté à l'horaire de travail usuel de la branche, et indexé à l'année déterminante en tenant compte des valeurs spécifiques au sexe (ATF 129 V 408).

Le cas échéant, il y a lieu d'adapter le salaire statistique à l'évolution des salaires nominaux en appliquant soit le chiffre définitif de l'indice suisse des salaires nominaux publié au moment déterminant de la décision litigieuse, soit la plus récente estimation trimestrielle (ATF 143 V 295 consid. 4.1.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_659/2022 du 2 mai 2023 consid. 7.2).

11. En l'espèce, l'intimé a fixé le degré d'invalidité du recourant en 2022 sur la base du raisonnement et des calculs suivants.

Il a déterminé le revenu avec invalidité sur la base de l'ESS, plus précisément du tableau TA1, tirage « *skill level* » (secteur privé) de l'année 2022. Selon cette statistique, un homme exerçant une activité simple et répétitive (niveau 1) pouvait réaliser, toutes activités confondues (ligne « total ») un revenu de CHF 5'305.-. Compte tenu de la durée normale de travail dans les entreprises (41.7 heures), cela représentait CHF 5'530.- par mois ($5'305 \times 41.7 / 40 = 5'530$) ou CHF 66'357.- par an, respectivement CHF 59'721.-, compte tenu d'une réduction forfaitaire de 10%.

Quant au revenu sans invalidité, l'intimé l'a établi non pas en fonction du dernier salaire obtenu par le recourant en tant qu'aide-jardinier à 100% en 2021, mais sur la base de son salaire moyen sur les années 2018 à 2020, les montants pris en compte pour chacune de ces trois années étant ceux ressortant du CI, soit CHF 79'800.- pour 2020 (*recte* : CHF 63'765.- pour 2020 et CHF 79'800.- pour 2021), CHF 52'000.- pour 2019 et CHF 59'000.- pour 2018. En réactualisant

chacun de ces montants à 2022 selon l'ISS il en résultait des revenus de CHF 81'409.13 pour 2020, CHF 53'454.90 pour 2019 et CHF 60'843.06 pour 2018, d'où un salaire moyen de CHF 65'235.70 en 2022. Dans la mesure où ce montant était supérieur au revenu statistique médian ressortant de ligne 77, 79-82 du tableau TA1, tirage « *skill level* » (secteur privé), pertinente pour l'activité d'aide jardinier, il n'y avait pas lieu de l'augmenter à concurrence de 95% dudit revenu statistique médian.

En comparant les revenus avec et sans invalidité, la perte de gain était de CHF 5'515.- (soit CHF 65'235.70 sous déduction de CHF 59'721.-) et le degré d'invalidité de 8.45% $[(65'235.70 - 59'721) \times 100 / 65'235.70 = 8.45\%]$.

11.1 Concernant tout d'abord la date de la comparaison des revenus (2022), la chambre de céans constate qu'elle n'est pas correcte dès lors que la capacité de travail et de gain s'est améliorée le 12 décembre 2024 et qu'en application de l'art. 88a RAI, les changements qui en résultaient imposaient une comparaison des revenus trois mois plus tard, soit en 2025, de manière à s'assurer que le recourant remplissait toujours les conditions du droit à une rente d'invalidité, même partielle.

11.2 Sous réserve de l'année prise en compte, le revenu avec invalidité n'apparaît en revanche pas critiquable en tant qu'il se fonde sur la table TA1 (tirage « *skill level* »), secteur privé, tous secteurs confondus (ligne « total »). Il en va *a priori* de même de l'abattement forfaitaire de 10%. À cet égard, la chambre de céans constate que le point de savoir si une situation irrégulière en Suisse – comme en l'espèce – et le désavantage salarial statistique qui en découle (cf. ESS 2022, tableau T12_b) sont de nature à justifier un abattement a déjà été tranchée négativement par le Tribunal fédéral dans un arrêt 8C_734/2023 du 25 juillet 2024, refusant de prendre en compte l'absence d'autorisation de séjour en Suisse (cf. le consid. 5.3.2 de cet arrêt). Même si le recourant ne compte pas d'années de service – et donc d'expérience – dans une activité autre que celle d'aide-jardinier, qu'il ne peut plus exercer, il n'en demeure pas moins que les années de service n'ont guère d'importance dans les activités du niveau de qualification 4 (jusqu'à l'ESS 2010) ou du niveau de compétences 1 (dès l'ESS 2012) ici déterminant (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_883/2015, 8C_884/2015 du 21 octobre 2016 consid. 6.3.2 ; David IONTA, Revenu d'invalidité selon l'ESS – une mise à jour, in Jusletter du 21 novembre 2022, p. 56). Enfin, dans la mesure où le recourant dispose d'une capacité de travail pleine et entière dans une activité adaptée, sans diminution de rendement, on ne voit guère en quoi les limitations impliquant l'absence de port répétitif de charges supérieures à 5-10 kg et de maintien prolongé du tronc en porte-à-faux entraveraient de manière significative sa capacité de gain sur le marché équilibré du travail dans une activité simple et légère. À l'examen de l'ensemble des facteurs entrant en considération, un abattement supérieur à celui accordé (10%) n'apparaît donc pas justifié. En tenant compte des modifications imposées par l'actualisation du revenu avec invalidité à

l'année 2025 (au lieu de l'année 2022), il s'avère que le revenu annuel statistique médian de « CHF 66'357.- » en 2022 selon l'intimé, qui s'élevait en réalité à CHF 66'365.55 (soit : CHF 5'305.- x 12 = CHF 63'660.- ; CHF 63'660.- x 41.7 / 40 = CHF 66'365.55), correspondait à CHF 68'286.49 en 2024 selon la table T1.1.10 (soit : 66'365.55 x 110.2 / 107.1) et à CHF 69'105.92 en 2025 selon l'estimation trimestrielle disponible au moment de la décision litigieuse (1.2%). En accordant en sus l'abattement de 10% précité, le revenu avec invalidité se monte donc à CHF 62'195.-.

11.3 S'agissant du revenu sans invalidité, l'intimé l'a déterminé sur la base de la moyenne des revenus inscrits au CI du recourant depuis 2018. Sous réserve de quelques corrections qui seront détaillées ci-après, l'option retenue par l'intimé, consistant à ne pas prendre en compte uniquement le dernier salaire perçu avant l'atteinte à la santé n'apparaît pas critiquable pour plusieurs raisons, ressortant, entre autres, de l'audition du recourant et de l'employeur dans la cause parallèle A/3151/2025 dont l'apport a été ordonné le 10 juin 2026.

Il sied de relever à titre liminaire que le recourant ne disposait toujours d'aucun compte bancaire ou postal début 2022 (cf. dossier AI, doc. 14, p. 138) et qu'il n'est pas contesté que son salaire lui était remis de la main à la main. En revanche, contrairement à ce que l'intéressé a déclaré à l'audience du 9 juin 2026, l'employeur a expressément réfuté la signature de reçus, précisant qu'ils étaient « une famille ».

Il ressort du CI du recourant que son revenu, réalisé exclusivement auprès du même employeur, a connu d'importantes fluctuations, passant de CHF 24'700.- en 2017 à CHF 59'000.- en 2018, CHF 52'000.- en 2019, CHF 63'765.- en 2020 et CHF 28'959.- en 2021, correspondant, pour cette dernière année, à un revenu annualisé de CHF 79'800.- selon les fiches de salaire couvrant la période du 1^{er} janvier au 11 mai (CHF 6'650.- par mois, part du 13^e salaire comprise). Interrogé à ce sujet, le recourant a déclaré que ces fluctuations étaient dues à l'activité exercée, qu'il ne travaillait pas à 100% mais sur appel, qu'il était payé à l'heure selon le taux fixe, et qu'il n'y avait pas eu, selon lui, de changement du salaire horaire. À cet égard, l'employeur s'est contredit en déclarant que les fluctuations de salaire s'expliquaient par le travail qu'ils avaient à faire et par le fait que le recourant n'avait pas de salaire fixe avant 2021, puis en indiquant que l'intéressé avait un salaire fixe avant 2021 et n'était pas payé à l'heure. Par ailleurs, l'employeur a affirmé avoir été contraint de revoir les salaires de ses employés à la baisse en 2019 durant son incapacité de travail, alors que les fiches de salaire qu'il a produites le 22 juin 2026 suggèrent au contraire une augmentation de salaire du recourant en 2019 (douze mensualités de CHF 5'286.50 correspondant à un revenu annuel de CHF 63'438.-). Par surabondance, il sera encore relevé que les déclarations de l'employeur, selon lesquelles il avait eu beaucoup de travail en 2021 ce qui lui avait permis d'augmenter le salaire de ses employés, apparaissent plus que douteuses. Non

seulement le recourant n'a pas été remplacé après son accident et l'employeur n'a dû sous-traiter les tâches d'élitage qu'environ deux ou trois fois selon ses estimations, mais il ressort en outre du dossier de la SUVA que l'employeur avait demandé, le 3 mars 2021, des plans de paiement pour s'acquitter de la facture définitive de 2020 et de la facture provisoire de 2021.

Dans ces conditions, le revenu déclaré pour l'année 2021 ne saurait en aucun cas être retenu à titre de salaire sans invalidité, et il convient de procéder à une moyenne des gains réalisés sur une période relativement longue. Étant donné que c'est à partir de 2018 que le recourant a atteint une fourchette de rémunération représentative de ce qu'elle était avant l'accident, la chambre de céans prendra en compte la période s'étendant de 2018 à 2021, ce qui est clairement avantageux au recourant dès lors que cette fourchette inclut le revenu de 2021 qui est sujet à caution, et corrigera au passage le calcul de l'intimé, celui-ci omettant de prendre en compte le salaire de CHF 63'765.- inscrit au CI pour 2020.

Le CI mentionne des revenus de CHF 59'000.- en 2018, CHF 52'000.- en 2019, CHF 63'765.- en 2020 et CHF 28'959.- en 2021 (soit un montant annualisé de CHF 79'800.-) correspondant à une moyenne de CHF 63'641.25. Toutefois, dans la mesure où les revenus n'ont pas été réalisés au cours de la même année, un traitement différencié s'impose sous l'angle de l'ISS jusqu'à la naissance de l'éventuelle rente d'invalidité en 2025. Compte tenu des ISS de 104.0 pour 2018, 104.3 pour 2019, 105.1 pour 2020, 105.5 pour 2021 et de 108.7 pour 2024 (table T1.1.10, ligne 77-82), et de l'estimation trimestrielle de 1.2% pour 2025, il en résulte des revenus de CHF 62'406.33 pour 2018, CHF 54'843.99 pour 2019, CHF 66'740.52 pour 2020 et CHF 83'207.11 pour 2021, soit un revenu moyen déterminant de CHF 66'799.48 en 2025.

11.4 En comparant le revenu avec invalidité (CHF 62'195.-) au revenu sans invalidité (CHF 66'799.48, arrondi à CHF 66'799.-) la perte de gain s'élève à CHF 4'604.- et le degré d'invalidité à 6.89%, arrondi à 7% (ATF 130 V 121 consid. 3.2), ce qui est insuffisant pour permettre au recourant le maintien de la rente qui lui a été accordée dès le 1^{er} juin 2022.

Toutefois, il est rappelé que, selon l'art. 88a RAI, le changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période et qu'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. Or, contrairement à ce qui est mentionné dans la décision litigieuse, le délai de trois mois a été atteint le 12 mars 2025, et non pas déjà le 28 février 2025. À cet égard, la décision litigieuse est mal fondée et devra être réformée en conséquence.

- 12.** Il convient encore d'examiner si le recourant peut prétendre à une mesure d'ordre professionnel.

- 13.** Selon l'art. 7 al. 1 LAI, l'assuré doit entreprendre tout ce qui peut être raisonnablement exigé de lui pour réduire la durée et l'étendue de l'incapacité de travail (art. 6 LPGa) et pour empêcher la survenance d'une invalidité (art. 8 LPGa).

En vertu de l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'invalidité ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) ; que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b).

13.1 Il existe dans l'assurance-invalidité un principe général selon lequel l'assuré qui demande des prestations doit d'abord entreprendre tout ce que l'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer les conséquences de son invalidité (ATF 141 V 642 consid. 4.3.2 et les références ; 140 V 267 consid. 5.2.1 et les références).

Un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente (sur le principe de l'obligation de diminuer le dommage, cf. ATF 123 V 230 consid. 3c ; 117 V 275 consid. 2b ; 117 V 394 consid. 4b et les références). La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente que le droit à des mesures de réadaptation (art. 21 al. 4, 1^{ère} phrase, LPGa).

Il découle de la systématique légale et de l'art. 8 al. 1 let. b LAI qu'en tant que mesures de réadaptation, les mesures d'ordre professionnel (art. 15 ss LAI) ne sont pas seulement soumises aux conditions qui leur sont spécifiques mais aussi aux conditions générales de la règle de base de l'art. 8 LAI (arrêt du Tribunal fédéral 8C_485/2021 du 23 décembre 2021 consid. 5.2).

13.2 Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références). Celles-ci ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (arrêt du Tribunal fédéral I 388/06 du 25 avril 2007 consid. 7.2). Le droit à une mesure de réadaptation présuppose qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, et cela tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en rapport avec la personne de l'assuré. En effet, une mesure de réadaptation ne peut être efficace que si la personne à laquelle elle est destinée est susceptible, partiellement au moins, d'être réadaptée. Partant, si l'aptitude subjective de réadaptation de l'assuré fait défaut, l'administration peut refuser de mettre en œuvre une mesure (arrêt du Tribunal fédéral 9C_846/2018 du 29 novembre 2019 consid. 5.1 et les références), sans qu'il soit nécessaire de recourir à la procédure préalable de mise en demeure prévue par l'art. 21 al. 4 LPGa (arrêts du Tribunal

fédéral 8C_480/2018 du 26 novembre 2018 consid. 7.3 et les références ; 9C_59/2017 du 21 juin 2017 consid. 3.3 et les références), une telle procédure préalable n'étant requise que si une mesure de réadaptation a été commencée et qu'il est question de l'interrompre (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 9C_783/2015 du 7 avril 2016 consid. 4.8.2 et les références).

13.3 En l'absence d'aptitude subjective à la réadaptation, c'est-à-dire lorsque la volonté de se réadapter n'existe pas pour des raisons étrangères à l'invalidité, la rente peut être réduite ou supprimée sans examen préalable de mesures de réinsertion et sans qu'il soit nécessaire d'engager préalablement une procédure de mise en demeure avec un délai de réflexion au sens de l'art. 21 al. 4 LPGa (arrêts du Tribunal fédéral 8C_19/2016 du 4 avril 2016 consid. 5.2.3, 9C_442/2017 du 8 juin 2018 consid. 3.2.3 et les références).

Selon la jurisprudence, l'absence de volonté de réadaptation ou d'aptitude subjective à la réadaptation ne doit être retenue que si elle est établie au degré de la vraisemblance prépondérante. Il faut notamment tenir compte des déclarations faites à l'administration et aux experts médicaux concernant la conviction d'être malade ou la motivation au travail. Les explications et les demandes formulées dans la procédure de préavis et devant le tribunal cantonal des assurances peuvent également être pertinentes (arrêt du Tribunal fédéral 9C_407/2021 du 17 mai 2022 consid. 6.3.1 et les références).

- 14.** En l'occurrence, le recourant a certes formellement conclu à l'octroi de mesures professionnelles dans son recours contre la décision litigieuse. Dans son complément au recours, il indique que « si par impossible la suppression de sa rente devait être confirmée, il devrait bénéficier de mesures professionnelles destinées à permettre la mise en œuvre effective de sa capacité de travail » (complément au recours, p. 10).

On ne saurait toutefois déduire de cette précision une motivation suffisante à l'égard de telles mesures. En effet, le recourant ne conteste pas que malgré plusieurs propositions de la part de la Division réadaptation professionnelle, « [il] ne souhaite pas bénéficier d'une quelconque mesure » et que de ce fait, la Division réadaptation professionnelle a mis fin à son mandat (*cf.* dossier AI, doc. 35, p. 276). De plus, il allègue que « même s'il souhaiterait reprendre une activité professionnelle, cela est inenvisageable pour lui au vu de ses nombreuses limitations », ajoutant que ses journées se limitent à rester à la maison et à regarder la télévision (complément au recours, p. 8). Dans le même sens, les médecins de la V_____ retenaient déjà en 2022 que, même si le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles était théoriquement favorable, les facteurs personnels et contextuels (« patient qui reste centré sur les douleurs et sous-estime le niveau d'activités qu'il peut réaliser ; mauvaise maîtrise du français ; absence de qualification reconnue ») représentaient des freins au processus de réorientation de l'intéressé (*cf.* dossier AI, doc. 38, p. 301).

Il résulte des constatations qui précèdent que le recourant se considère totalement incapable de travailler, ne se voit pas exercer une activité lucrative, et n'a ni motivation ni volonté reconnaissable d'en entreprendre une.

Bien que la décision litigieuse retienne de manière discutable qu'une « invalidité de 8% n'ouvre pas droit aux mesures professionnelles », le refus de telles mesures apparaît néanmoins correct dans son résultat dans la mesure où, en l'espèce, une absence d'aptitude subjective à la réadaptation du recourant apparaît établie au degré de la vraisemblance prépondérante.

- 15.** Dans ces circonstances, le recours sera partiellement admis et la décision litigieuse réformée, en ce sens que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} juin 2022 au 31 mars 2025.

Le recourant obtenant très partiellement gain de cause, une indemnité réduite de CHF 1'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPG ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 - RFPA - E 5 10.03).

Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émoulement de CHF 200.- (art. 69 al. 1^{bis} LAI).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Réforme la décision de l'intimé en ce sens que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} juin 2022 au 31 mars 2025.
4. Alloue au recourant une indemnité de CHF 1'000.- à charge de l'intimé.
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Laurine CHAPUIS

Joanna JODRY

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