

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2402/2024

ATAS/93/2025

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 18 février 2025

Chambre 10

En la cause

Monsieur A_____

recourant

contre

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

intimé

Siégeant : Joanna JODRY, Présidente ; Christine TARRIT-DESHUSSES et Andres PEREZ, Juges assesseurs.

EN FAIT

A. a. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1992, sans formation, a exercé différentes activités professionnelles, dont celles de caissier, d'ouvrier, de nettoyeur, de mécanicien en motocycles, et d'opérateur en horlogerie. Il a été engagé par l'entreprise B_____ en qualité d'opérateur lavage thermique à compter du 8 août 2021.

b. Le 6 septembre 2021, l'assuré a été victime d'un accident de scooter. Il a présenté un hématome de la cuisse gauche sur un saignement d'une branche distale de l'artère fémorale profonde et une entorse de la cheville gauche avec une plaie de type dermabrasion en regard de la malléole externe gauche. Il a séjourné aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), où une prise en charge conservatrice a été proposée par les orthopédistes. Compte tenu des douleurs importantes avec une limitation de la mobilité, il a été transféré en réhabilitation orthopédique le 15 septembre 2021 pour la suite de la prise en charge (*cf.* rapport des HUG du 20 septembre 2021).

c. Le 2 août 2022, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI), mentionnant des douleurs chroniques, une sensation de blocage sur les articulations, une douleur après l'effort physique, une sensation de brûlure et de choc électrique dans le corps, depuis son accident de la circulation.

d. Dans le cadre de l'instruction du dossier, l'OAI a reçu de nombreuses pièces, dont :

- le dossier de la SUVA, assureur-accidents ayant pris en charge les suites de l'accident de scooter ;
- le questionnaire pour l'employeur rempli le 8 septembre 2022 ;
- un rapport du 25 mars 2022 de la docteure C_____, spécialiste FMH en neurologie ;
- un rapport du 14 avril 2022 relatif à un angio-CT des membres inférieurs réalisé le jour même ;
- un rapport du 15 juillet 2022 de la docteure D_____, angiologue, suite à une consultation le 15 juillet 2022 ;
- un rapport du 15 septembre 2022 de la docteure E_____, spécialiste FMH en médecine interne générale ;
- un rapport du 17 février 2023 relatif à une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) cérébrale du jour même ;
- un rapport du 4 mars 2023 concernant une IRM de la cheville gauche effectuée le 28 février 2023 ;

- un rapport du 26 février 2023 faisant suite à une IRM du bassin et de la hanche gauche réalisée le 22 février 2023 ;
- un rapport du 6 mars 2023 suite à une IRM du poignet gauche du 1^{er} mars 2023 ;
- un rapport du 22 décembre 2023 de la Dre E_____.

e. Par courrier du 4 avril 2024, l'assuré a indiqué à l'OAI qu'il était confronté à des douleurs chroniques persistantes, ce qui l'avait rendu incapable de reprendre une activité professionnelle à temps plein de manière pérenne. Son objectif, principal demeurait une reprise progressive à temps partiel afin de pouvoir évaluer régulièrement sa capacité à occuper un emploi, comme préconisé par sa médecin traitante. Il a précisé avoir perçu des indemnités de la part de la SUVA jusqu'au 27 novembre 2023 et être désormais dans une situation financière précaire, dépendant de l'aide de l'Hospice général. Son état de santé ne lui permettrait pas de trouver prochainement un emploi adapté à sa situation, mais il restait déterminé à retrouver une situation professionnelle stable et gardait espoir que sa condition s'améliore avec le temps.

f. Dans un rapport du 16 mai 2024, le docteur F_____, médecin auprès du service médical régional (ci-après : SMR) de l'OAI, a retenu, à titre d'atteintes à la santé incapacitantes, des douleurs de l'hémicorps gauche sans substrat organique après un accident de la voie publique du 6 septembre 2021. Il a notamment relevé que les IRM cérébrale, du bassin-hanche gauche et du poignet gauche étaient toutes sans particularité. En outre, dans sa lettre du 19 juin 2023, la Dre E_____ avait constaté des progrès dans le cadre de l'hypnose et relaté un sevrage des antalgiques et une reprise progressive des activités de la vie quotidienne. Le 6 septembre 2023, le médecin-conseil de la SUVA avait souligné l'absence de lésion organique mise en évidence sur les différents bilans d'imagerie, la gestion de la douleur qui semblait acquise par hypnose et autohypnose, étant relevé que l'assuré ne prenait plus d'antalgiques, le status rassurant lors son examen à l'agence le 31 janvier 2023 sans signe clinique asymétrique au niveau du bassin ou du poignet, et que les seules plaintes résiduelles étaient en lien avec la position assise pendant une longue durée, soit plus de 4 heures. Ce médecin avait ainsi conclu que l'exigibilité dans l'activité habituelle d'ouvrier d'horlogerie polyvalent était donnée, qu'il n'y avait pas de limitations fonctionnelles, mais qu'il serait peut-être nécessaire d'aménager pendant quelques mois l'effort en position assise statique. Dans son rapport du 22 décembre 2023, la Dre E_____ avait constaté que le patient avait repris des activités légères, telle que la marche de 15-20 minutes, et qu'il persistait des douleurs résiduelles lors des positions assis ou debout prolongées ou lors de la marche durant plusieurs heures d'affilées. Compte tenu de ces éléments, le SMR a conclu que la capacité de travail exigible était nulle depuis le 7 septembre 2021, mais entière depuis le 31 janvier 2023, tant dans l'activité habituelle d'opérateur horloger, que dans une activité adaptée. Les limitations fonctionnelles comprenaient les positions assises et debout prolongées

et l'assuré devait pouvoir alterner les positions. Le début de l'aptitude à la réadaptation était fixé au 31 janvier 2023.

g. Le 26 avril 2024, l'assuré s'est inscrit auprès de l'office cantonal de l'emploi (ci-après : l'OCE), mentionnant une date de placement dès le jour-même pour un travail à 100%.

B. a. En date du 22 mai 2024, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait rejeter sa demande de prestations. En effet, à l'issue de l'instruction médicale, il reconnaissait une incapacité de travail de 100% dans l'activité habituelle dès le 7 septembre 2021, mais considérait que la capacité de travail était totalement rétablie à compter du 31 janvier 2023, notamment dans son activité habituelle d'opérateur en horlogerie. Ainsi, à l'issue du délai d'attente, l'intéressé avait droit à une rente. Toutefois, dès lors qu'il avait déposé sa demande le 2 août 2022, son droit aux prestations était ouvert à partir du 1^{er} février 2023. Or, à cette date, la capacité de travail était entière dans son activité professionnelle. Enfin, des mesures d'ordre professionnel n'étaient pas de nature à sauvegarder ou à améliorer sa capacité de gain.

b. Par courrier du 18 juin 2024, l'assuré a contesté la position de l'OAI. Il a soutenu que son état de santé ne lui permettait pas de reprendre un travail à temps plein. Depuis l'accident du 6 septembre 2021, il devait faire face à des douleurs chroniques quotidiennes affectant l'ensemble de la partie gauche de son corps. La Dre E_____ avait conclu, compte tenu de la gravité et de la constance de ses douleurs, qu'il n'était pas en mesure de travailler à 100% et avait recommandé une reprise du travail, à 50% afin de ne pas aggraver son état de santé et garantir une meilleure réintégration dans le monde du travail à long terme. Il souhaitait retrouver une certaine autonomie et se réinsérer professionnellement, de 30 à 50% ce qui serait un très bon moyen de reprendre le chemin du travail. Il souhaitait vivement reprendre une formation dans l'horlogerie et suivre une formation à l'ORIF ou dans une autre institution afin d'acquérir de nouvelles compétences et se préparer à un retour progressif sur le marché du travail. En effet, il ne pouvait en l'état suivre les cadences de travail demandées dans son emploi, malgré ses efforts. Il était complètement perdu quant à sa situation et s'était inscrit auprès de tous les instituts qui se renvoyaient la balle à tour de rôle concernant sa prise en charge.

Il a annexé :

- une attestation du 24 mai 2024 de la Dre E_____, attestant qu'il continuait à présenter des douleurs résiduelles après son accident au niveau du membre inférieur gauche et que l'intensité des douleurs et leur survenue ne permettaient que la reprise d'une activité professionnelle à hauteur de 50% ;
- un arrêt de travail de la Dre E_____ du 12 juin 2024 attestant d'une incapacité de travail à hauteur de 50% du 1^{er} mai au 31 mai 2024.

c. Dans un avis du 24 juin 2024, le Dr F_____ a considéré que ces nouvelles pièces n'apportaient aucun élément nouveau pour retenir une aggravation notable et durable de l'état de santé de l'assuré depuis son dernier avis du 16 mai 2024, lequel demeurait inchangé.

d. Par décision du 24 juin 2024, l'OAI a rejeté la demande de l'assuré, maintenant les motifs invoqués dans son courrier du 22 mai 2024.

- C. a. Par acte du 15 juillet 2024, l'assuré a interjeté recours contre cette décision par-devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice. En substance, le recourant a allégué souffrir de douleurs chroniques intenses affectant la partie gauche de son corps depuis le 6 septembre 2021. Ces douleurs étaient comparables à des coups ou à des électrocutions, aléatoires et régulières, qui débutaient au niveau des cervicales et descendaient jusqu'à l'omoplate, longeaient la colonne vertébrale, atteignaient le bas du dos et se propageaient jusqu'à la malléole du pied gauche. Ces douleurs entraînaient une perte de capacité souvent handicapante. À titre d'exemple, les douleurs dans la main gauche réduisaient sa force de plus de moitié, l'empêchant parfois de serrer le poing. Elles l'empêchaient également de rester en position statique debout ou assis ou d'exercer une activité prolongée. Elles survenaient à tout moment, impactant gravement sa vie quotidienne, physiquement et psychologiquement. La fatigue constante réduisait sa concentration et sa productivité, rendant impossible une performance adéquate sur une journée de travail complète. Après une évaluation médicale approfondie, la Dre E_____ avait recommandé une reprise progressive du travail et attesté d'un taux d'incapacité de 50%, afin d'éviter l'aggravation de son état de santé. Cette approche était cruciale pour évaluer sa réaction à l'effort et ajuster le pourcentage d'incapacité en fonction de l'évolution de ses douleurs et ses capacités professionnelles, garantissant une meilleure réintégration à long terme. Son précédent médecin de famille, avait déjà indiqué que sa convalescence serait longue et qu'il serait difficile de retrouver une capacité physique complète en raison de la violence de l'accident. Ce constat était partagé par tous les spécialistes consultés. L'examen du 31 janvier 2023 par le médecin-conseil de la SUVA n'avait pas été suivi d'une décision claire. Ce n'était que le 27 novembre 2023 qu'il avait été informé par téléphone que ses droits prenaient fin et qu'une reprise de travail à 100% était fixée dès le lendemain. Il s'était tourné vers l'intimé et l'Hospice général, qui l'avait envoyé auprès de l'OCE. Cette situation mentalement épuisante l'avait plongé dans une grande confusion et sa situation financière était très instable. Il souhaitait réellement retrouver une certaine autonomie et une reprise professionnelle de 30 à 50% lui donnerait la possibilité d'acquérir des nouvelles compétences et de se préparer à un retour progressif sur le marché du travail. Actuellement, il lui était impossible de suivre les cadences de travail demandées dans un emploi à temps plein.

Il a produit :

- un rapport du 9 juillet 2024 de la Dre E_____, attestant que son patient souffrait des séquelles de la suite de l'accident de septembre 2021 avec un syndrome douloureux chronique ; il était capable de travailler à 50%, correspondant à 4 heures de travail par jour, avec des limitations concernant le port de charges de plus de 10 kg ; en outre, il devait pouvoir bouger et faire des mouvements pendant environ une à deux minutes chaque une à deux heures ; dans ces conditions, la position debout pouvait être maintenue une heure et la position assise 4 heures ;
- un arrêt de travail de la Dre E_____ du 27 juin 2024 attestant d'une capacité de travail de 50% du 1^{er} juin au 31 juillet 2024.

b. Dans sa réponse du 25 juillet 2024, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a rappelé que le SMR avait pris en compte l'évaluation faite par la SUVA, laquelle reposait sur des conclusions médicales convaincantes, ainsi que celles des rapports médicaux figurants au dossier. Aucun élément médical objectivement vérifiable qui aurait été ignoré dans le cadre de l'instruction et qui serait suffisamment pertinent pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions du SMR n'avait été apporté par le recourant.

Il a joint une appréciation du 23 juillet 2024 du Dr F_____, lequel s'est prononcé sur le rapport de la Dre E_____ du 9 juillet 2024. Il a été remarqué que ce document était similaire à celui déjà présenté le 24 mai 2024 et n'apportait aucune nouvelle donnée clinique ou paraclinique. Lors de son examen, le médecin-conseil de la SUVA avait constaté la persistance de douleurs en particulier lors des stations statiques supérieures à 3h et relevé que l'intéressé était sevré des antalgiques, les douleurs étant gérées par hypnose et l'apprentissage de l'autohypnose. Après réception du bilan d'imagerie, ce médecin avait conclu que l'exigibilité dans l'activité d'ouvrier d'horlogerie polyvalent étant donnée avec la nécessité éventuelle d'aménager pendant quelques mois l'effort en position assise statique, tout en étant rappelé que son examen du 31 janvier 2023 n'avait pas trouvé de limitations fonctionnelles. La Dre E_____ avait noté que les douleurs résiduelles persistantes concernaient la position assise ou debout prolongée ou la marche de plusieurs heures d'affilées, et les contre-indications retenues visaient la position assise prolongée, la marche plus de 20 minutes et la position debout prolongée en raison des douleurs du membre inférieur gauche (hanche et bassin). Ainsi, les limitations fonctionnelles retenues par le SMR respectaient celles énoncées par le médecin-conseil de la SUVA et par la médecin traitante, et étaient compatibles avec l'activité d'opérateur horloger, moyennant une éventuelle adaptation du poste de travail pour permettre un changement régulier des positions. Ainsi, le rapport et le certificat de la Dre E_____ n'apportaient aucun élément nouveau susceptible de modifier son avis du 16 mai 2024.

c. Dans sa réplique du 2 septembre 2024, le recourant a maintenu ses conclusions. Ses problèmes étaient bien réels, contrairement à ce que mentionnait l'intimé qui indiquait qu'ils n'étaient pas objectivés. Il s'est à nouveau référé à l'appréciation de la Dre E_____ s'agissant de sa capacité de travail. Il a sollicité qu'il soit ordonné à l'intimé de mettre à tout le moins en place des mesures de réadaptation.

d. Par duplique du 26 septembre 2024, l'intimé a souligné que l'atteinte à la santé du recourant n'était pas un obstacle à ce qu'il choisisse une profession adaptée. Le marché de l'emploi offrait un éventail suffisamment large d'activités légères, dont un nombre significatif était à l'évidence adapté aux limitations retenues et accessibles, sans aucune formation particulière. Il n'y avait aucun obstacle à l'exercice d'un emploi adapté à ses problèmes de santé. Au surplus, l'intéressé n'établissait pas en quoi des activités simples ne seraient pas exigibles au regard des restrictions retenues. Enfin, il n'y avait pas lieu, dans ce contexte, d'examiner dans quelles mesures la situation concrète du marché du travail lui permettrait de retrouver un emploi. Etant donné que les limitations fonctionnelles n'étaient pas de nature à l'entraver de manière spécifique dans sa recherche d'emploi, il n'avait pas non plus droit à une mesure d'aide au placement. Compte tenu du degré d'invalidité et de la capacité de travail entière dans toutes activités adaptées aux limitations fonctionnelles, une mesure d'ordre professionnelle ne se justifiait pas. Partant, l'intimé persistait également intégralement dans ses conclusions.

e. Copie de cette écriture a été transmise au recourant le 28 octobre 2024.

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.

1.3 Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

2.

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

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

2.2 En l'occurrence, un éventuel droit à une rente d'invalidité naîtrait au plus tôt en février 2023, soit six mois après le dépôt de la demande du 2 août 2022 (cf. art. 29 al. 1 LAI), de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

3. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de la part de l'intimé.

4. À teneur de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'art. 4 LAI précise en outre que l'invalidité peut résulter 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 ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2).

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

5. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres

spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler (ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les références ; 125 V 256 consid. 4 et les références). En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3).

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

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

Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise dans une procédure au sens de l'art. 44 LPGA, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des

investigations complémentaires (ATF 145 V 97 consid. 8.5 et les références ; 142 V 58 consid. 5.1 et les références ; 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4.4 et les références). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGa (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références).

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 Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par

l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 8C_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références).

6. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 et les références ; 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 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 et les références ; 140 I 285 consid. 6.3.1 et les références). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 – Cst ; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d).

7. En l'espèce, dans sa décision litigieuse du 24 juin 2024, l'intimé a considéré que le recourant disposait d'une entière capacité de travail dans toute activité depuis le 31 janvier 2023, de sorte qu'il ne pouvait pas prétendre à une rente d'invalidité. Cette appréciation repose sur les avis des 16 mai et 24 juin 2024 du SMR.

Le recourant conteste ces conclusions et soutient que ses douleurs chroniques intenses l'empêchent de travailler à plus de 50% et qu'une reprise professionnelle progressive s'impose. Il se réfère à la détermination de sa médecin traitante.

7.1 La chambre de céans constate que le Dr F_____ a pris en considération l'ensemble des pièces du dossier, notamment les examens spécialisés, les documents radiologiques, les rapports du docteur G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin-conseil de la SUVA, et de la médecin traitante.

7.1.1 S'agissant des diagnostics, la chambre de céans relève que la Dre C_____ a conclu que son examen électrophysiologie n'avait révélé aucune

anomalie, en particulier aucun argument pour une neuropathie ou une atteinte des petites fibres (*cf.* rapport du 25 mars 2022) et que la Dre D_____ a relevé l'absence d'argument pour une origine artérielle et veineuse aux douleurs du membre inférieur gauche, l'absence de lésion artérielle évocatrice d'une dissection, d'un pseudo-anévrisme ou d'une fistule, l'absence de sténose ilio-fémoro-poplitée, un bilan veineux profond et superficiel dans la norme, et l'angio-CT des membres inférieurs sans argument pour un saignement actif, un pseudo-anévrisme, une fistule artério-veineuse (*cf.* rapport 15 juillet 2022).

L'IRM cérébrale effectuée le 17 février 2023 s'est révélée dans les limites de la norme (*cf.* rapport du 17 février 2023), l'IRM du bassin et de la hanche gauche réalisée le 26 février 2023 a conclu à l'absence de toute anomalie significative (*cf.* rapport 26 février 2023), l'IRM du poignet gauche du 1^{er} mars 2023 n'a montré aucune anomalie (*cf.* rapport du 6 mars 2023), et l'IRM du 28 février 2023 de la cheville gauche a mis en évidence une tendinopathie des fibulaires (*cf.* rapport du 4 mars 2023).

La Dre E_____ a considéré que toutes les investigations complémentaires réalisées dès janvier 2022, dont l'IRM de la cheville gauche qu'elle a expressément citée, étaient dans la norme, « aucune atteinte somatique expliquant les douleurs persistantes du patient » (*cf.* rapport du 22 décembre 2023). Elle a posé le diagnostic de douleurs chroniques post traumatiques au niveau de l'hémicorps corps (*cf.* rapport du 15 septembre 2022) et précisé que ces douleurs n'étaient expliquées par aucune atteinte somatique (*cf.* rapport du 22 décembre 2023).

Partant, les conclusions du SMR, qui a retenu, à titre d'atteintes à la santé incapacitantes, des douleurs de l'hémicorps gauche sans substrat organique après un accident de la voie publique du 6 septembre 2021, n'apparaissent pas critiquables.

7.1.2 En ce qui concerne les limitations fonctionnelles et la capacité de travail résiduelle de l'intéressé, il est rappelé que le médecin-conseil de la SUVA avait souligné l'absence de lésion organique mise en évidence sur les différents bilans d'imagerie, la gestion de la douleur par hypnose et autohypnose, l'absence de traitement antalgique, le status rassurant lors son examen du 31 janvier 2023 sans signe clinique asymétrique au niveau du bassin ou du poignet, et en avait conclu qu'il n'y avait pas de limitations fonctionnelles, mais qu'il serait peut-être nécessaire d'aménager pendant quelques mois l'effort en position assise statique (*cf.* rapport du 6 septembre 2023).

La Dre E_____ a exposé que le recourant avait fait des progrès « assez importants au niveau des douleurs chroniques », maîtrisait les techniques d'autohypnose, avait pu être sevré de tous les médicaments antalgiques et avait commencé à reprendre lentement et progressivement ses activités de la vie quotidienne et des activités plus soutenues (*cf.* rapport du 19 juin 2023 adressé à

la SUVA). Par la suite, elle a confirmé que les séances d'hypnose avaient permis à son patient un autocontrôle suffisant des douleurs et maintenu que l'évolution était lentement favorable, puisqu'il était sevré des médicaments antalgiques et avait repris des activités légères telle que la marche de 15 à 20 minutes. Par contre, il n'arrivait à rester debout, à assis et à marcher « que quelques heures d'affilées », ce qui l'empêchait de retourner à son activité habituelle « à n'importe quel pourcentage » (cf. rapport du 22 décembre 2023). Quelques mois plus tard, elle a attesté que son patient ne pouvait reprendre ses activités professionnelles qu'au taux de 50% en raison de l'intensité des douleurs (cf. rapport du 24 mai 2024). Dans le cadre de la présente procédure, le recourant a produit un nouveau rapport de la Dre E_____ attestant d'une capacité de travail de 50% correspondant à 4 heures de travail par jour, sans port de charges de plus de 10 kg, sans position assise de plus d'une heure sans possibilité de changer de position, et sans position assise de plus de 4h avec la possibilité de bouger et de faire des mouvements chaque une à deux heures (cf. rapport du 9 juillet 2024), ce qui correspond aux restrictions précédemment retenues.

Le chambre de céans constate que cette évaluation de la capacité de travail n'a fait l'objet d'aucune motivation objective. La médecin traitante n'a notamment pas expliqué les raisons pour lesquelles son patient serait incapable d'exercer, durant une journée complète, une activité professionnelle permettant l'alternance des positions assise et debout, sans port de charges de plus de 10 kg. Dès lors que le recourant gère ses douleurs par des techniques d'autohypnose qu'il maîtrise (cf. rapports des 19 juin et 22 décembre 2023 de la Dre E_____) et qu'il a cessé la prise d'antalgiques en tout cas depuis le mois de janvier 2023 (cf. rapport du 1^{er} février 2023 du Dr G_____), on perçoit mal pour quels motifs il ne pourrait pas exercer une activité adaptée respectant les restrictions retenues par le Dr F_____ et qui correspondent à celles énoncées par la médecin traitante.

7.2 Le recourant ne fait état d'aucun argument médical permettant de douter du bien-fondé des conclusions du SMR. Il considère que seule une reprise professionnelle progressive à 50% est envisageable « afin d'éviter l'aggravation » de son état de santé et d' « ajuster le pourcentage d'incapacité de travail en fonction de l'évolution » de ses douleurs, « garantissant une meilleure réintégration à long terme » (cf. écriture du 15 juillet 2024).

Ces considérations ne sont justifiées par aucun élément médical. Il est notamment rappelé que l'état de santé de l'intéressé est stable et qu'aucun médecin n'a évoqué une possible aggravation de sa situation. En outre, le recourant est apte à gérer ses douleurs résiduelles il ne prend plus aucun traitement médicamenteux depuis au moins 18 mois.

7.3 Eu égard à tout ce qui précède, la chambre de céans considère qu'il peut être tenu pour établi, au degré de la vraisemblance prépondérante requis, que le recourant dispose d'une capacité de travail entière dans toute activité permettant

l'alternance des positions assise et debout, sans marche prolongée, dont son activité d'opérateur horloger, et ce depuis le 31 janvier 2023.

À cet égard, elle observera que le recourant ne soutient pas que son dernier emploi ne respecterait pas ces restrictions.

7.4 Enfin, le recourant sollicite des mesures de réadaptation, sans autre précision ni motivation.

Compte tenu de l'existence d'une capacité de travail entière dans toutes activités adaptées aux limitations fonctionnelles, lesquelles consistent essentiellement en la marche prolongée et les positions statiques assise et debout de plusieurs heures, et du fait que le recourant est apte à exercer son activité habituelle, une mesure d'ordre professionnelle ne se justifie pas.

8. Compte tenu de ce qui précède, le recours sera rejeté.

Vu l'issue du litige, le recourant est condamné au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1^{bis} LAI).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

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

La greffière

La présidente

Melina CHODYNIECKI

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