

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2765/2023

ATAS/599/2024

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 5 août 2024

Chambre 6

En la cause

A _____
représenté par Me Alireza MOGHADDAM, avocat

recourant

contre

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

intimé

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

EN FAIT

- A.**
- a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1991, célibataire, a exercé dès le 1^{er} juillet 2009, principalement les week-ends et dans le cadre de camps d'été, l'activité de moniteur pour personnes handicapées au sein de l'Association B_____. Il était également inscrit à l'École C_____ du 5 septembre 2011 au 30 juin 2012 en vue d'obtenir un CFC d'employé de commerce.
- b.** Alors qu'il était sous contrat de durée déterminée avec l'État de Genève du 1^{er} au 31 juillet 2012, pour un poste à plein temps (commis administratif 1 – auxiliaire d'été auprès de la D_____ [D_____]), il a été victime, le 20 juillet 2012, d'un accident de la circulation (chute à moto à haute cinétique).
- B.**
- a.** Dans un rapport du 17 août 2012, le docteur E_____, médecin-adjoint auprès de l'unité de chirurgie de la main des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), a indiqué que l'accident du 20 juillet 2012 avait entraîné des lésions multiples, en particulier une fracture de la base du 2^{ème} métatarsien droit (traitée par ostéosynthèse le 26 juillet 2012) et une lésion du plexus brachial droit, à l'origine d'une paralysie complète du membre supérieur droit et d'un syndrome de Claude Bernard Horner. Par la suite, l'assuré avait présenté une atteinte de la 6^{ème} paire crânienne droite et des céphalées, ce qui avait motivé une IRM cérébrale qui avait mis en évidence une hypotension intracrânienne (prise en charge le 6 août 2012 par des neurochirurgiens). Après une période d'alitement strict, il commençait à se mobiliser progressivement.
- b.** Le 19 octobre 2012, l'assuré a déposé, par l'intermédiaire de son père, une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en précisant que son incapacité de travail était complète depuis le 20 juillet 2012.
- c.** Dans un compte rendu opératoire du 3 décembre 2012, le Dr E_____ a rapporté avoir pratiqué une intervention le 16 octobre 2012, ayant pour objet une neurotisation (transfert nerveux) au niveau du membre supérieur droit.
- d.** Dans un rapport du 10 décembre 2012 à l'OAI, le Dr E_____ a fait état de suites post-opératoires satisfaisantes. L'assuré bénéficiait toujours d'un traitement antalgique et de séances de physiothérapie d'entretien pour les mobilisations de l'épaule et du coude. Le pronostic restait sombre quant à la récupération possible au niveau du membre supérieur droit, en ce sens qu'il fallait s'attendre à une hémiplégie complète du membre supérieur droit. En cas de récupération motrice de ce membre, la main droite ne serait qu'une main d'aide. Pour le moment, l'incapacité de travail était totale. Interrogé sur l'activité exercée à ce jour, le Dr E_____ a indiqué que l'assuré devait être réadapté dans une activité professionnelle monomanuelle gauche. Une éventuelle diminution de rendement dépendrait uniquement de la capacité de l'assuré à utiliser son membre supérieur

gauche. Interrogé sur les mesures de réadaptation possibles en faveur de l'assuré, le Dr E_____ a indiqué qu'une formation devait lui être fournie afin qu'il puisse exercer une activité professionnelle avec son seul bras gauche. Ceci aurait possiblement pour effet une capacité de travail pleine et entière.

e. Dans un rapport du 18 mars 2013 à l'OAI, le Dr E_____ a évoqué un état stationnaire depuis le 10 décembre 2012, sans changements dans les diagnostics, à savoir : paralysie complète du plexus brachial droit et plégie complète du membre supérieur droit. L'assuré n'était pas encore dans la période de manifestation neurologique de repousse nerveuse, celle-ci nécessitant six à douze mois de plus. Dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir une activité monomanuelle gauche, la capacité de travail de l'assuré était pleine et entière, dès ce jour.

f. Dans un rapport du 2 juillet 2013, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a estimé que l'assuré présentait une capacité de travail entière dans une activité exclusivement monomanuelle gauche s'inscrivant dans le cadre d'une mesure de formation professionnelle initiale (ci-après : FPI). Dans une activité répondant à ce critère, la capacité de travail était entière. Le début de l'aptitude à la réadaptation pouvait être fixé au mois de mars 2013.

g. Par communications des 1^{er} décembre 2014, 12 janvier 2015 et 15 février 2016, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il prenait en charge une FPI auprès de l'École C_____.

h. Par courriel du 12 février 2016, l'École C_____ a informé l'OAI que l'assuré, après avoir passé les derniers rattrapages, avait obtenu le diplôme d'employé de commerce. Il avait ainsi la possibilité d'enchaîner avec une deuxième année (de septembre 2016 à juin 2017) conduisant à un « diplôme supérieur d'employé de commerce ».

i. Par certificat du 27 juin 2016, le docteur F_____, spécialiste FMH en médecine interne, a attesté que la capacité de travail de l'assuré était nulle du 20 au 22 juin 2016.

j. Dans un rapport du 1^{er} juillet 2016, le Dr F_____ a informé l'OAI que l'assuré l'avait consulté le 27 juin 2016 en raison d'un état de fatigue et d'une éruption cutanée survenue le 19 juin, touchant la tête, le corps et les quatre membres. Soupçonnant un psoriasis inaugural, il avait adressé l'assuré à un dermatologue, le docteur G_____, qui avait confirmé le diagnostic et précisé que la poussée de psoriasis en gouttes était très probablement en rapport avec un état de stress intense. Sans logement en raison d'un problème financier, il vivait actuellement une situation sociale très précaire et logeait alternativement chez plusieurs amis tout en préparant ses examens, ce qui expliquait ses absences à répétition à l'école.

k. Par avis médical du 28 juillet 2016, le SMR a rappelé la teneur de son précédent rapport du 2 juillet 2013 et précisé que l'assuré avait suivi une FPI à l'École C_____ où il avait obtenu un diplôme de commerce. Il était prévu qu'il poursuive cette FPI en septembre 2016 pour obtenir un diplôme supérieur. Il avait cependant cumulé beaucoup d'absences et ne s'était pas présenté aux examens de mise à niveau du mois de juin 2016. Prenant position au sujet des rapports du Dr F_____, le SMR a estimé que dans la mesure où l'atteinte dermatologique rapportée par ce médecin n'avait justifié qu'une incapacité de travail temporaire, les conclusions du rapport final du 2 juillet 2013 restaient valables. Ainsi, la capacité de travail était *a priori* de 100 % dans la cadre d'une formation ou d'un emploi de commerce.

l. Le 2 février 2018, l'OAI a informé l'assuré qu'il lui finançait une FPI sous la forme d'une formation d'employé de commerce de 1^{ère} année (de CFC d'employé de commerce) auprès de l'École C_____.

m. Dans un rapport du 8 août 2019, la division de réadaptation professionnelle de l'OAI a constaté que l'assuré n'avait pas été promu en juillet 2019. Cependant, compte tenu de son changement d'attitude et de sa volonté de terminer sa formation, il y avait lieu de prendre en charge le redoublement de la deuxième année du CFC sous certaines conditions que l'assuré s'engageait à respecter.

n. Par communications des 28 février et 27 avril 2020, l'OAI a pris en charge les coûts supplémentaires de FPI de l'assuré auprès de l'École C_____ (2^{ème} année CFC d'employé de commerce, profil B).

o. Le 3 septembre 2020, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il prenait également en charge, à titre de FPI, les frais d'écologie relatifs à la 3^{ème} année du programme CFC d'employé de commerce, profil B, incluant un stage en entreprise aux Établissements publics pour l'intégration (ci-après : EPI) du 24 août 2020 au 31 juillet 2021.

p. En juillet 2021, l'assuré a obtenu son CFC d'employé de commerce.

q. Le 6 août 2021, l'Office fédéral du service civil a convoqué l'assuré du 20 septembre 2021 au 3 juillet 2022 pour une ou plusieurs affectations consécutives d'une durée totale probable de 287 jours de service. Pendant cette période, il serait couvert par l'assurance militaire en cas de maladie ou d'accident.

r. Par courriel du 4 octobre 2021, l'assuré a informé l'OAI de l'obtention de son CFC et du fait qu'il lui restait 287 jours à accomplir en qualité « d'aide en administration » dans le cadre du service civil auquel il était astreint actuellement.

s. Dans une note du 23 novembre 2021, la chargée de réadaptation de l'OAI a indiqué avoir reçu l'assuré à sa demande le 12 novembre 2021. Après avoir rappelé à son interlocutrice qu'il effectuait son service civil dans le domaine administratif jusqu'au 3 juillet 2022, l'assuré lui avait annoncé qu'il ne pensait pas pouvoir être capable de travailler à 100 % en tant qu'employé de commerce.

En effet, dans le cadre de son stage aux EPI, il avait été fréquemment absent en raison de ses douleurs.

t. Par courriel du 9 mars 2022, l'assuré a informé l'OAI qu'il avait obtenu, la veille, une consultation auprès du Dr E_____. Ce médecin l'avait examiné et confirmé que sa demande de réduire son taux d'activité à 60 % était justifiée. En effet, avec le temps, l'usure due au handicap faisait que son corps n'était plus dans l'axe mais « vir[ait] sur le côté droit ». De ce fait, les répercussions étaient douloureuses et il n'arrivait plus à travailler à 100 %. Dans le cadre de son service civil, il avait pu réduire son taux à 60 % avec l'accord de l'établissement et la responsable des civilistes. Cela lui permettait de se rendre à des séances de physiothérapie deux fois par semaine et de reposer son corps.

u. Dans un rapport du 4 avril 2022 à l'OAI, la docteure H_____, cheffe de clinique auprès du Service de chirurgie orthopédique des HUG, a indiqué que le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail consistait dans l'atteinte du plexus avec paralysie complète. Renvoyant au rapport du Dr E_____ du 17 août 2012, elle a précisé qu'il en résultait une hémiplégie complète du membre supérieur droit, se traduisant, d'un point de vue fonctionnel, par des restrictions de mobilité de tout ce membre et une main droite très peu fonctionnelle. Il existait également des répercussions sur le rachis avec un trouble de la statique. Invitée à dire si l'assuré était en mesure de reprendre une activité professionnelle, la Dre H_____ a répondu : « activité professionnelle aménagée ». Pour le surplus, elle a renvoyé à un rapport du Dr E_____, relatif à une consultation du 8 mars 2022.

v. Dans un rapport du 14 mars 2022, relatant une consultation du 8 mars 2022, le Dr E_____ a indiqué qu'à dix ans d'une parésie complète du plexus brachial droit et de la reconstruction de celui-ci, l'assuré présentait une flexion du coude contre résistance, une pince brachio-thoracique compétente parfaitement centrée avec un pectoral inférieur et un grand dorsal qui fonctionnait avec possiblement un grand rond mais ceci n'était pas très sûr. Le serratus antérieur fonctionnait parfaitement. Il y avait aussi une flexion du poignet qui était active et des fléchisseurs des doigts qui fonctionnaient partiellement. Cette « pince » qui pouvait être utilisée était sous-utilisée. L'assuré ne prenait plus d'antalgique majeur. En soi, la fonction pour un plexus total était assez satisfaisante. En revanche, l'abduction restait neutre et l'assuré réduisait simplement la sublaxation inférieure de sa glène. Sur le plan de la musculature péri-scapulaire, les rhomboïdes étaient parfaitement actifs mais se contractaient de manière asynchrone. L'élévateur scapulaire était aussi présent et se contrôlait, lui aussi, de manière asynchrone. Il n'y avait ni surinfection ni syndrome douloureux régional complexe, mais la présence de douleurs neurogènes. Enfin, le Dr E_____ a indiqué que l'assuré présentait aussi un trouble de la statique rachidienne avec une sorte de cyphoscoliose accompagnée d'une désaxation du tronc. Compte tenu de ces éléments, le Dr E_____ a proposé une prise en charge en physiothérapie pour

rééquilibrage de la musculature péri-scapulaire de manière à réduire ses douleurs au niveau de l'épaule. L'assuré devait aussi réaliser un travail postural de manière à améliorer sa position globale. Il travaillait actuellement comme assistant RH à un taux contractuel de 100 %. Cependant, un arrangement avait été trouvé de manière à ce qu'il puisse continuer à bénéficier de la physiothérapie. Pour cette raison, il travaillait actuellement à 60 %. Le Dr E_____ avait conseillé à l'assuré de poursuivre cette stratégie pour le moment, tout en prévoyant de réévaluer sa situation d'ici deux mois. Le 8 mars 2022, il lui avait prescrit neuf séances de physiothérapie.

w. Par avis du 21 juillet 2022, le SMR a estimé que le Dr E_____ objectivait une récupération satisfaisante du plexus, avec persistance d'une restriction de mobilité du membre supérieur droit et de troubles statiques rachidiens. D'entente avec son employeur, l'assuré avait diminué son taux d'activité à 60 % pour suivre un traitement de physiothérapie centré sur la musculature péri-scapulaire. Sur la base de ces éléments, le SMR a considéré qu'en l'absence d'aggravation objective de l'état de santé de l'assuré depuis 2013, on ne retenait pas d'incapacité de travail durable dans une activité adaptée monomanuelle gauche. Aussi les conclusions du rapport final du 2 juillet 2013 restaient-elles valables.

x. Le 12 septembre 2022, I_____, a engagé l'assuré comme collaborateur temporaire pour une mission de durée indéterminée en qualité d'assistant administratif à raison de 20h/semaine auprès de l'entreprise J_____ (ci-après : J_____).

y. Dans un rapport final du 15 décembre 2022, la division réadaptation professionnelle de l'OAI a fait sien l'avis du 21 juillet 2022 du SMR. Étant donné qu'au moment de la survenance de l'atteinte à la santé, l'assuré avait débuté une formation d'employé de commerce à l'École C_____, l'activité d'employé de commerce était à considérer comme son activité habituelle. La perte de gain se confondait avec le taux d'invalidité. En l'absence de perte de gain, il n'y avait pas d'invalidité.

- C. a. Par projet de décision du 3 janvier 2023, intitulé « réussite des mesures professionnelles », l'OAI a envisagé de ne pas octroyer de rente d'invalidité à l'assuré. Son statut était celui d'une personne se consacrant à temps complet à son activité professionnelle. Il ressortait de l'instruction médicale que son incapacité de travail était totale dès le « 24.09.2012 » (*recte* : 20 juillet 2012 ; début du délai d'attente d'un an) mais que sa capacité de travail était à nouveau entière dès le mois de mars 2013. Il avait été mis au bénéfice d'une FPI d'employé de commerce et avait obtenu le CFC correspondant en juillet 2021. Pour le surplus, l'OAI a motivé le taux d'invalidité de 0 % retenu en répétant les termes ressortant du rapport final du 15 décembre 2022 précité.

b. Par appel téléphonique du 10 janvier 2023, l'avocat de l'assuré a informé l'OAI qu'il souhaitait convenir d'un rendez-vous pour apporter oralement ses objections au projet de décision précité.

c. Le 7 février 2023, lors de son audition dans les locaux de l'OAI, l'assuré, assisté de son avocat, a fait valoir qu'une activité professionnelle supérieure à 60 % n'était plus possible et qu'il convenait ainsi de revoir le taux d'invalidité et de réexaminer l'octroi d'une rente d'invalidité. À l'appui de sa position, il a produit :

- un certificat du 15 août 2022 du Dr E_____, établi à la demande de l'assuré, par lequel ce médecin certifiait suivre à nouveau l'assuré qui travaillait comme assistant en ressources humaines. Lors de la consultation du 8 mars 2022, il lui avait annoncé qu'il avait un contrat pour une activité à plein temps mais qu'il ne travaillait qu'à 60 %. À l'heure actuelle, on avait une recrudescence des douleurs dorsales ainsi que des douleurs péri-scapulaires et ce, dans le cadre d'une activité à 60 %. L'assuré ne pouvait pas en fait travailler à plus de 60 %. Les stations assises prolongées lui étaient compliquées et augmentaient sa symptomatologie douloureuse. Aussi le Dr E_____ a-t-il proposé que l'assuré ne dépasse pas une activité professionnelle de 60 % « du fait de la preuve de l'expérience qu'il a » ;
- un rapport de consultation ambulatoire initiale – chirurgie du rachis scoliose et déformation – du 23 décembre 2022 du docteur K_____, médecin adjoint auprès du service de chirurgie orthopédique des HUG, posant le diagnostic principal de scoliose D1-D5 21° Apex D2-D3 dans un contexte de probable maladie de Scheuerman, et le diagnostic secondaire d'inégalité de longueur des membres inférieurs de 10 mm en défaveur de la droite (16.11.22). L'assuré présentait depuis environ une année des douleurs paradorsales droites de type mécanique, arrivant principalement en position assise ou lors du maintien de la position statique debout. En synthèse, les douleurs semblaient d'origine musculaire dans un contexte de déformation et d'inégalité de longueur des membres inférieurs. Le raccourcissement des ischio-jambiers semblait jouer un rôle également, étant donné la survenue des douleurs principalement en position assise. Il convenait donc de commencer la prise en charge en ajustant le traitement conservateur et en insistant au niveau de la physiothérapie sur l'allongement des ischio-jambiers et en mettant en place une semelle de compensation de 10 mm à droite. Cette mesure s'ajoutait à un bon de physiothérapie remis le 16 novembre 2022 pour neuf séances.

d. Par avis du 28 février 2023, le SMR a estimé à la lumière des rapports produits le 7 février 2023 que les éléments apportés en procédure d'audition révélaient une nouvelle atteinte, sous la forme de troubles statiques du rachis dorsal et d'une inégalité de longueur des membres inférieurs, dont il y avait lieu de tenir compte dans les limitations fonctionnelles durables. En raison de ces atteintes, il convenait d'éviter les stations statiques prolongées assises et/ou debout, les

déplacements répétés, la marche en terrain irrégulier, le travail en hauteur, le port de charges lourdes et le travail en porte-à-faux. Au vu de ces éléments, une activité monomanuelle gauche légère et sédentaire, autorisant une alternance des positions et respectant une épargne du dos et du membre supérieur droit restait pleinement exigible depuis mars 2013.

e. Invitée à dire si les conclusions de son rapport final du 15 décembre 2022 pouvaient être maintenues au regard de l'avis du 28 février 2023 du SMR, la division de réadaptation de l'OAI a répondu par l'affirmative le 30 juin 2023 en précisant que l'activité d'employé de commerce lui semblait respecter les limitations fonctionnelles décrites par le SMR.

f. Par décision du 3 juillet 2023, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité à l'assuré, motif pris que l'activité d'employé de commerce était compatible avec les limitations fonctionnelles qui étaient les siennes.

D. a. Le 5 septembre 2023, l'assuré, représenté par son conseil, a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice d'un recours contre cette décision, concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité correspondant à son taux d'invalidité de 40 %.

À l'appui de sa position, il s'est fondé une nouvelle fois sur les rapports qu'il avait produits le 7 février 2023, dans le cadre de la contestation du projet de décision du 3 janvier 2023, tout en sollicitant l'audition du Dr E_____ afin que celui-ci puisse expliquer spécifiquement en quoi l'exercice d'une activité lucrative à un taux supérieur à 60 % n'était pas possible. Évoquant sa situation professionnelle, il a soutenu que même en dehors de son activité habituelle d'employé de commerce, il n'existait pas d'activité professionnelle qui lui permettrait de travailler à temps complet. En dernier lieu, il avait travaillé à 50 % durant quatre mois à la fin de l'année 2022 auprès de J_____ en tant qu'assistant administratif. Actuellement, il était à la recherche d'un emploi et n'avait pas d'activité professionnelle.

b. Par réponse du 2 octobre 2023, l'intimé a conclu au rejet du recours. Relevant qu'aucun élément médical objectif, voire aucun élément de nature clinique ou diagnostique – qui n'aurait pas déjà été soumis à l'appréciation du SMR – n'était avancé par le recourant, l'intimé s'est rallié aux conclusions du SMR, ajoutant que le dossier avait été instruit à satisfaction de droit. Par ailleurs, dans son rapport du 15 septembre 2022, la division réadaptation avait également précisé que le recourant pouvait mettre à profit sa capacité de travail de 100 % dans son activité habituelle d'employé de commerce, celle-ci étant adaptée à ses limitations fonctionnelles.

c. Par réplique du 23 octobre 2023, le recourant a soutenu qu'avec les limitations fonctionnelles que le SMR avait retenues dans son avis du 28 février 2023, une capacité de travail de 100 % revêtait un caractère purement théorique, d'autant plus que son handicap était pérenne. Pour corroborer cette affirmation, il a versé

au dossier un rapport de consultation – des scolioses complexes – du 21 mai 2023 du Dr K_____, réévaluant la situation après physiothérapie et mise en place d'une semelle de compensation. Selon ce médecin, l'assuré rapportait une légère amélioration grâce à la physiothérapie et à la semelle précitée, mais les douleurs restaient difficilement supportables pour lui – particulièrement lorsqu'il devait rester longtemps en position assise – et l'empêchaient de travailler à 100 % dans son activité de bureau. Sur le plan thérapeutique, le traitement devrait être conservateur avec une optimisation de la rééducation avec un travail de gainage et de développement de la ceinture scapulaire. En cas de mauvaise évolution et d'épuisement du traitement conservateur, une électroneuromyographie (ci-après : ENMG) devrait être réalisée afin de compléter le bilan neurologique. S'agissant d'une éventuelle prise en charge chirurgicale de la déformation scoliothique, elle serait vraisemblablement à haut risque de complication neurologique. Le Dr K_____ ne prévoyait pas de revoir d'office le recourant en consultation mais laissait le soin au docteur L_____, spécialiste en médecine physique et réadaptation – à qui le Dr K_____ avait adressé le recourant pour le travail de rééducation précité – de le lui adresser une nouvelle fois au besoin.

d. Par duplique du 13 novembre 2023, l'intimé a persisté dans ses conclusions en se référant à un avis du SMR du même jour. Selon cet avis, le rapport du 21 mai 2023 du Dr K_____ n'apportait pas de nouvel élément médical objectif, les atteintes à la santé qui y étaient décrites étant déjà connues. Ainsi, le précédent avis du SMR restait d'actualité.

e. Par courriers du 11 mars 2024, la chambre de céans a invité le Dr K_____, respectivement le Dr E_____ à lui fournir des renseignements médicaux complémentaires.

f. Dans un rapport du 26 mars 2024 à la chambre de céans, le Dr K_____ a posé les diagnostics suivants :

- Scoliose entre D1 et D5 de 21° ; Apex D2-D3 dans un contexte de maladie de Scheuermann ;
- Inégalité de longueur des membres inférieurs de 10 mm en défaveur de la droite.

Interrogé sur les limitations fonctionnelles en lien avec chaque diagnostic, le Dr K_____ a indiqué que la scoliose, visualisée de façon objective par examen radiologique du 8 novembre 2022, pouvait induire une limitation fonctionnelle, en ce sens que les stations debout ou assise prolongées pouvaient s'avérer douloureuses. Comme il s'agissait d'une scoliose thoracique, un travail répété des membres supérieurs pouvait également entraîner des douleurs. Quant à l'inégalité de longueur des membres inférieurs – qui avait également objectivée pour la première fois lors de l'examen radiologique du 8 novembre 2022 –, elle n'entraînait pas de limitation fonctionnelle une fois celle-ci compensée. Interrogé sur l'appréciation de la capacité de travail qu'il avait effectuée le 21 mai 2023

(douleurs empêchant le recourant de travailler à 100 % dans son activité de bureau), le Dr K_____ a indiqué qu'il s'était contenté de rapporter les dires du recourant et qu'il ne pouvait pas mentionner depuis quand cette diminution de la capacité de travail était valable. Il était toutefois possible de se référer au certificat du Dr E_____ du 15 août 2022, lequel décrivait des douleurs périscapulaires et dorsales empêchant une capacité de travail de plus de 60 %. Invité à se prononcer sur le taux d'activité exigible de la part du recourant dans une activité strictement adaptée à ses limitations fonctionnelles, le Dr K_____ a indiqué qu'il ne pouvait pas répondre à cette question. Cette dernière nécessitait selon lui une évaluation spécialisée, à l'image de ce que pouvait proposer, en matière d'assurance-accidents, la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR) et ses ateliers spécialisés.

g. Dans un rapport du 27 mars 2024 à la chambre de céans, le Dr E_____ a indiqué que le recourant présentait, lors de la dernière consultation, remontant à 2022, une réduction de sa capacité de travail en raison des douleurs survenant au niveau de son membre supérieur droit dans le cadre de son activité. De son point de vue, à long terme, une activité professionnelle devait être assumée à 100 % avec le membre supérieur gauche. Invité à dire s'il était d'accord avec l'avis du 21 juillet 2022 du SMR, le Dr E_____ a répondu qu'il était « d'accord avec cet avis que l'incapacité objective [serait] durable mais pas particulièrement prouvable par le patient ; et qu'à terme possiblement, une activité à 100 % [devait] être maintenue concernant uniquement l'atteinte du membre supérieur droit ». Interrogé sur le point de savoir si l'état de santé du recourant s'était aggravé depuis son rapport du 18 mars 2013, le Dr E_____ a indiqué que lors de la dernière consultation qu'il lui avait donnée, le recourant continuait à être pris en charge « dans la chirurgie du rachis pour ses douleurs ». Pour sa part, il n'avait pas revu le patient en consultation.

h. Par écriture du 23 avril 2024, l'intimé a indiqué que les derniers rapports versés au dossier ne remettaient pas en question son appréciation du cas. Dans un avis du 22 avril 2024, le SMR estimait en effet que le Dr E_____ confirmait, le 27 mars 2024, que du point de vue de sa spécialité, la capacité de travail du recourant était entière dans une activité adaptée. Quant aux douleurs du rachis survenant dans le contexte d'une scoliose, elles pouvaient certes diminuer la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée. Cependant, « l'orthopédiste » ne se prononçait pas sur la capacité de travail exigible à cet égard. De plus, des traitements de rééducation étaient encore en cours.

i. Par écriture du 30 avril 2024, le recourant a persisté dans ses conclusions et sollicité au préalable son audition et celle des Drs K_____ et E_____.

j. Par courrier du 6 mai 2024, la chambre de céans a soumis une série d'autres questions au Dr E_____.

k. Par courrier du 20 juin 2024 à la chambre de céans, le Dr E_____ a précisé que son appréciation du 24 mars 2024, retenant l'exigibilité à 100 % d'une activité exercée avec le membre supérieur gauche, tenait compte des douleurs péri-scapulaires droites et dorsales qu'il mentionnait le 15 août 2022. En d'autres termes, son appréciation ne prenait en compte que les lésions du plexus brachial et les douleurs dorsales inhérentes aux séquelles neurologiques que le recourant présentait, et non les diagnostics suivis par le Dr K_____. Interrogé sur le point 5 de son rapport du 27 mars 2024, plus particulièrement sur le « dernier contrôle en chirurgie de la main en date du 13 décembre 2022 » dont il était fait mention, le Dr E_____ a précisé qu'il existait un rapport relatif à ce dernier contrôle, à savoir le rapport du 23 décembre 2022 du Dr K_____, mentionnant une inégalité de longueur des membres inférieurs. Interrogé également sur le sens de la phrase apparaissant dans son rapport du 27 mars 2024 (« l'orientation de prise en charge pour ces douleurs sont orientées vers le membre inférieur »), le Dr E_____ a indiqué qu'il sous-entendait par cette phrase que la gestion, par le recourant, de la longueur inégale de ses membres inférieurs était prioritaire par rapport à l'aspect séquellaire du plexus brachial opéré plus de dix ans auparavant. Enfin, le Dr E_____ a mentionné qu'il était d'accord avec l'avis du SMR du 28 février 2023, selon lequel l'apparition d'une nouvelle atteinte ne changeait rien à la pleine exigibilité d'une activité mono-manuelle depuis mars 2013 mais entraînait seulement d'autres limitations fonctionnelles durables.

l. Par pli du 26 juin 2024, le recourant a relevé que le rapport du 20 juin 2024 du Dr E_____ – qui n'était pas signé –, ne prenait en considération que les lésions du plexus brachial et les douleurs dorsales inhérentes aux séquelles neurologiques et non les diagnostics suivis par le Dr K_____. Autrement dit, en l'état, le Dr E_____ ne pouvait poser qu'un diagnostic partiel, faute de vision globale des causes et des effets de l'état somatique du recourant. Aussi la demande d'audition de ce médecin et de celle du Dr K_____ restait d'actualité.

m. Par pli du 1^{er} juillet 2024, la chambre de céans a transmis aux parties, pour information, une copie du rapport du 20 juin 2024 du Dr E_____, désormais signé par son auteur.

n. Les autres faits seront mentionnés, si nécessaire, dans la partie « en droit » du présent arrêt.

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 (ci-après : AI), à moins que la loi n'y déroge expressément.

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

Interjeté en temps utile (art. 60 LPGA), dans le respect des exigences de forme et de contenu prévues par la loi, compte tenu de la suspension des délais pour la période du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA et art. 89C let. b LPA), 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 (*cf.* 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).

2.2 En l'occurrence, la décision querellée, datée du 3 juillet 2023, a certes été rendue postérieurement au 1^{er} janvier 2022 mais le recourant a déposé sa demande de prestations en octobre 2012. Sachant toutefois que la première incapacité de travail a duré moins d'une année (du 20 juillet 2012 au 18 mars 2013) et que la nouvelle incapacité de travail alléguée (à hauteur de 40 %) n'a pas précédé la période de service civil – ayant duré du 20 septembre 2021 au 3 juillet 2022 –, et qu'elle s'est donc manifestée au plus tôt au début de la période de service, le délai d'attente d'une année – à l'échéance duquel est subordonnée la naissance du droit à la rente (art. 28 al. 1 let. b LAI) – est arrivé à terme au plus tôt en septembre 2022, de sorte que les dispositions légales seront citées dans leur nouvelle teneur.

3. L'objet du litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité.
4. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités

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

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. A droit à une rente d'invalidité, l'assuré dont la capacité de gain ou la capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, qui a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et qui, au terme de cette année, est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI).

Une rente n'est pas octroyée tant que toutes les possibilités de réadaptation au sens de l'art. 8 al. 1^{bis} et 1^{ter} n'ont pas été épuisées (art. 28 al. 1^{bis} LAI).

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 % (cf. 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 (cf. art. 28 al. 1 let. c LAI). Le droit à la rente naît au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^{ème} anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI).

6.

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

peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

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

6.3 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.

6.3.1 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 ; 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.4). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante

qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références).

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

6.3.2 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 ; 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).

6.3.3 En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; 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).

7.

7.1 Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent

comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit 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).

7.2 Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

8.

8.1 En l'espèce, il est constant qu'après un accident de moto survenu en juillet 2012 et plusieurs interventions médicales consécutives à cet événement, le recourant a conservé des séquelles consistant en une paralysie du plexus brachial droit et du membre supérieur droit, permettant, dès le 18 mars 2013, une capacité de travail pleine et entière dans une activité mono-manuelle gauche, selon le rapport du 2 juillet 2013 du SMR, reprenant à son compte les conclusions du rapport du 18 mars 2013 du Dr E_____. Considéré comme étant apte à la réadaptation dès le mois de mars 2013, le recourant a bénéficié de mesures d'ordre professionnel sous forme d'une FPI auprès de l'École C_____, de janvier 2015 jusqu'en juillet 2021, à l'issue de laquelle il a obtenu son CFC d'employé de commerce. Alors qu'il effectuait, dès septembre 2021, un travail administratif à plein temps dans le cadre de son service civil, il avait pu réduire son taux d'activité à 60 % « avec l'accord de l'établissement et la

responsable des civilistes » pour pouvoir se rendre à des séances de physiothérapie deux fois par semaine et reposer son corps (cf. courriel du 9 mars 2022 du recourant à l'OAI). Dans un rapport du 14 mars 2022, le Dr E_____ a précisé à ce sujet que même si la fonction du membre supérieur droit était assez satisfaisante compte tenu d'une parésie complète du plexus brachial droit « reconstruit » dix ans plus tôt, le recourant présentait aussi un trouble de la statique rachidienne avec une sorte de cyphoscoliose accompagnée d'une désaxation du tronc, si bien qu'il devait suivre des séances de physiothérapie de manière à réduire ses douleurs au niveau de l'épaule droite. Sur la base de ces éléments, le SMR a estimé dans un avis du 21 juillet 2022 qu'en l'absence d'aggravation objective de l'état de santé du recourant depuis 2013, les conclusions du rapport final du 2 juillet 2013 restaient valables. Dans le cadre de la procédure d'audition faisant suite au projet de décision du 3 janvier 2023 de l'intimé, qui envisageait de ne pas octroyer de rente d'invalidité au recourant, les rapports du 15 août 2022 du Dr E_____ et du 23 décembre 2022 du Dr K_____ ont convaincu le SMR de l'existence d'une atteinte nouvelle prenant la forme de troubles statiques du rachis dorsal et d'une inégalité de longueur des membres inférieurs. Aussi le SMR a-t-il estimé dans son avis du 28 février 2023 que cette atteinte nouvelle ne changeait rien à la capacité de travail exigible – qui demeurait pleine et entière dans une activité monomanuelle gauche depuis mars 2013 – mais qu'il convenait d'en tenir compte sur le plan des limitations fonctionnelles, en ce sens qu'une activité adaptée, en plus de son caractère mono-manuel gauche (cf. rapport du SMR du 2 juillet 2013), devait être légère et sédentaire, autoriser une alternance des positions et respecter une épargne du dos et du membre supérieur droit. Après avoir recueilli l'avis de sa division de réadaptation, selon lequel l'activité habituelle d'employé de commerce semblait respecter les limitations fonctionnelles décrites le 28 février 2023 par le SMR, l'intimé a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité au recourant dans la décision litigieuse, motif pris que l'activité d'employé de commerce, qui respectait les limitations fonctionnelles précitées, était à considérer comme son activité habituelle. Puisqu'il pouvait continuer à exercer celle-ci à 100 %, sa perte de gain était nulle et son degré d'invalidité ne l'était pas moins.

8.2 Le recourant fait valoir que son impossibilité d'exercer une activité – même adaptée – à un taux supérieur à 60 % se fonde sur les rapports des 14 mars et 15 août 2022 du Dr E_____ ainsi que sur le rapport du 21 mai 2023 du Dr K_____.

Dans la mesure où les rapports précités font ressortir – de prime abord – une divergence d'appréciation par rapport aux avis des 21 juillet 2022 et 28 février 2023 du SMR, il est nécessaire d'examiner si ces avis peuvent se voir reconnaître valeur probante et être suivis.

Constatant que des éclaircissements étaient nécessaires de la part des médecins du recourant, la chambre de céans les a interrogés notamment au sujet de la capacité de travail qui était exigible du recourant dans une activité adaptée.

Dans le cadre de cette mesure d’instruction, le Dr K_____ a précisé le 26 mars 2024 qu’il avait certes attesté, dans son rapport du 21 mai 2023, que le recourant ne pouvait pas travailler à 100 %, mais qu’il s’était limité, par cette assertion, à rapporter les dires de l’intéressé. En revanche, il ne pouvait se prononcer avec précision ni sur la capacité de travail du recourant dans son activité habituelle d’employé de commerce/employé de bureau, ni sur la date à partir de laquelle une éventuelle réduction de la capacité de travail était valable. Il se référait cependant au certificat du 15 août 2022 du Dr E_____ qui décrivait des douleurs périscapulaires et dorsales empêchant une capacité de travail de plus de 60 %. L’assuré présentait depuis une année, soit depuis décembre 2021, (une année depuis son rapport médical du 23 décembre 2022) des douleurs paradorsales droites. Enfin, le Dr K_____ n’a pas pu se prononcer sur le taux d’activité exigible dans une activité strictement adaptée et sur le point de savoir s’il était d’accord avec l’avis du 28 février 2023 du SMR, en estimant qu’une évaluation de l’exigibilité d’une activité mono-manuelle serait à effectuer en milieu spécialisé.

Pour sa part, le Dr E_____ a indiqué en synthèse les 27 mars et 20 juin 2024 que même s’il avait indiqué, par certificat du 15 août 2022, que le recourant présentait une recrudescence des douleurs dorsales et péri-scapulaires, particulièrement en cas de station assise prolongée, et que de ce fait, il avait proposé que l’intéressé ne dépassât pas un taux d’activité de 60 % « du fait de la preuve de l’expérience qu’il a », il n’en demeurait pas moins que lors de la dernière consultation qu’il avait donnée en 2022, il avait estimé que la priorité devait être donnée à la « gestion » de l’inégalité des membres inférieurs – pour laquelle le recourant était suivi par le Dr K_____ – plutôt qu’à l’aspect séquellaire d’un plexus brachial opéré il y a plus de dix ans – et que pour sa part, il était d’accord avec l’avis du SMR du 21 juillet 2022, tout en précisant « qu’à terme possiblement une activité à 100 % [devait] être maintenue concernant uniquement l’atteinte du membre supérieur droit » (cf. courrier du 27 mars 2024, point 7). Interrogé le 6 mai 2024 sur cette exigibilité à 100 %, le Dr E_____ a précisé le 20 juin 2024 que cette appréciation tenait compte des douleurs non seulement péri-scapulaires, mais aussi dorsales qu’il mentionnait le 15 août 2022, les premières étant localisées autour de l’omoplate droite (du fait d’une surutilisation de la musculature restante) et les secondes liées aux séquelles neurologiques (douleurs musculaires dorsales inhérentes à la réinnervation partielle dont le recourant avait bénéficié en 2012 dans le cadre de sa lésion du plexus brachial droit). En résumé, l’exigibilité à 100 % dont il avait fait état le 27 mars 2024 ne prenait en compte que les lésions du plexus brachial et les douleurs dorsales inhérentes aux séquelles neurologiques du recourant, et non les diagnostics qui faisaient l’objet d’un suivi effectué par le

Dr K_____ (scoliose et inégalité de longueur des membres inférieurs). Tout en précisant que les douleurs dorsales pouvaient avoir en outre pour origine « l'aspect cyphotique » pour lequel le recourant était pris en charge par un confrère, le Dr E_____ a renvoyé au rapport du 23 décembre 2022 du Dr K_____. S'agissant enfin du point de savoir s'il était d'accord avec l'avis du 28 février 2023 du SMR, faisant suite au certificat du 15 août 2022 précité et à celui du 23 décembre 2022 du Dr K_____, le Dr E_____ a répondu par l'affirmative.

Au vu de ce qui précède, il apparaît que les diagnostics posés par le Dr E_____ sont compatibles avec l'exercice, par le recourant, d'une activité adaptée à un taux de 100 %. En revanche, s'agissant de la déformation scoliotique et des douleurs paradorsales attestées par le spécialiste du rachis, le Dr K_____, l'intimé, par le biais de l'avis du SMR du 22 avril 2024, admet qu'elles pourraient diminuer la capacité de travail du recourant. À cet égard, le Dr K_____ a déjà considéré que la scoliose peut induire une limitation fonctionnelle, à savoir que la station debout ou assise prolongée peut s'avérer douloureuse et que la scoliose thoracique peut dans le cadre d'un travail répété des membres supérieurs entraîner des douleurs. Le Dr K_____ a toutefois indiqué ne pas pouvoir se prononcer, sur la capacité de travail du recourant, en estimant qu'une évaluation plus approfondie était nécessaire.

Dans ces conditions s'agissant des affections précitées, non instruites par l'intimé, une évaluation médicale est nécessaire, de sorte qu'il se justifie de renvoyer la cause à l'intimé afin qu'il y procède.

- 9.** Compte tenu de ce qui précède, le recours doit être partiellement admis, la décision litigieuse annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction médicale complémentaire et nouvelle décision.

Le recourant, qui obtient partiellement gain de cause, est assisté d'un mandataire professionnellement qualifié. Il a dès lors droit à des dépens, qui seront présentement fixés à CHF 1'500.- (art. 61 let. g LPGA).

Pour le surplus, la procédure en matière d'assurance-invalidité n'est pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI). Un émolument de CHF 200.- sera mis à charge de l'intimé.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'intimé du 3 juillet 2023.
4. Renvoie la cause à l'intimé dans le sens des considérants.
5. Alloue au recourant, à charge de l'intimé, une indemnité de CHF 1'500.- pour ses dépens.
6. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Adriana MALANGA

Valérie MONTANI

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