RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4073/2022 **ATAS/238/2023**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 3 avril 2023

6ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE, représenté par ASSUAS Association suisse des assurés	recourant
contre	
OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE	intimé

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente ; Teresa SOARES et Jean-Pierre WAVRE, juges assesseurs.

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1966, a été victime d'une fracture du tibia droit, une plaie ouverte de la rotule, ainsi qu'une déchirure du ligament croisé antérieur du genou droit, nécessitant plusieurs opérations, après avoir été renversé par une moto le 2 juillet 1996 et chuté alors qu'il circulait à vélo. Les conséquences de cet événement ont été prises en charge par Elvia Assurances, laquelle a été reprise par l'Allianz Suisse Société d'Assurances SA (ci-après : Allianz).

b. Le 16 juillet 1997, l'assuré a déposé une demande de prestations d'invalidité.

c. Le 23 octobre 2002, l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI) a informé le recourant de la prise en charge d'un reclassement professionnel en tant qu'employé de « back office » du 1er octobre au 31 décembre 2002, par des cours à l'IFAGE et au Wall Street Institute. La mesure a été prolongée du 1er janvier 2003 au 30 juin 2004 par un stage pratique en tant qu'employé administratif / aide-comptable au sein de l'entreprise B_____ SA. Au terme de ce stage, le recourant a été engagé à plein temps dans cette société (cf. décision de l'OAI du 8 février 2005 afférente à la réussite des mesures professionnelles, excluant le droit à une rente) et licencié pour le 30 juin 2015.

B. **a.** Le 23 janvier 2014, alors que l'assuré travaillait pour B_____ SA en qualité de manager, il s'est tordu la cheville et le genou droits au bord d'un trottoir. Il a continué de travailler à la suite de cet accident et l'Allianz a pris en charge les suites de celui-ci.

b. Dans son rapport du 12 mars 2014, le docteur C_____, FMH médecine interne générale, lequel avait prodigué les premiers soins le 3 février 2014, a posé le diagnostic d'entorse bénigne, après avoir constaté des douleurs de la cheville droite et du genou droit. Le traitement médical était terminé le 12 mars 2014. Aucun arrêt de travail n'était attesté.

c. Le 6 mai 2015, le docteur D_____, FMH chirurgie orthopédique, a attesté une capacité de travail nulle dès cette date pour une durée indéterminée, laquelle a été prolongée à réitérées reprises. Le 9 juin 2015, il a diagnostiqué une douleur du genou droit et de la cheville droite post-traumatique et indiqué qu'il y avait une discrète amélioration depuis le contrôle du 27 mai 2015. Le pronostic était défavorable (arthrose post-traumatique). Il fallait s'attendre à une gonarthrose droite et à une arthrose de la cheville droite. L'assuré poursuivait des séances de physiothérapie ainsi que le traitement médicamenteux.

d. Le 13 août 2015, l'assuré a déposé une demande de prestations d'invalidité.

e. Le 23 décembre 2015, le docteur E_____, FMH médecine physique et réadaptation, a posé le diagnostic de gonarthrose tricompartimentale du genou droit et effectué une viscosupplémentation par des infiltrations intra-articulaires.

f. Dans son rapport du 16 janvier 2016, le docteur F_____, FMH chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé les diagnostics suivants : os scaphoïde accessoire avec douleur post-traumatique droite ; tendinopathie fissuraire du tendon d'Achille droit. Le traitement, qui n'était pas terminé, consistait en des séances de physiothérapie et la prise d'AINS.

g. Mandatée par l'Allianz, l'entreprise Seeclop SA a effectué la surveillance de l'assuré pendant un laps de temps variant entre six heures et demie et neuf heures et demie durant la semaine et environ trois heures le week-end du 28 mars au 3 avril 2016 (sept jours). Dans le rapport d'observation du 4 avril 2016, auquel étaient annexées des photographies, la société a noté que l'assuré marchait à chaque fois sans béquilles, mais qu'une légère gêne de la jambe droite était constatée le lundi 28 mars 2016. Il montait et descendait les escaliers, sans se tenir à la rambarde. Il conduisait une voiture. Le lendemain, il avait couru sur une distance de 10 m environ, sans gêne apparente. Le jeudi 31 mars 2016, il discutait avec une dame dans un restaurant et complétait une déclaration d'impôts, contre rémunération. À un moment, à l'extérieur, il s'était baissé en pliant les deux jambes pour ramasser des documents tombés par terre. Il s'était également rendu dans le club sportif Silhouette. Le vendredi 1er avril 2016, l'agent a constaté que, par moments, l'assuré boitait légèrement. Le dimanche 3 avril 2016, par contre, il marchait sans boiter. Sur cette base, l'entreprise a conclu que l'assuré parcourait au quotidien des distances à pied allant jusqu'à 2 km. Il ne roulait que quelques kilomètres par jour, soit au total 12 km pour quarante-trois minutes de conduite. Il restait régulièrement à son domicile ou sortait pour s'occuper de ses enfants ou pour rencontrer des personnes dans des bars, restaurants ou sur la voie publique. Au moins deux personnes lui avaient remis de l'argent liquide, en échange de documents.

h. Lors d'un entretien avec l'Allianz le 12 avril 2016, l'assuré a affirmé qu'il avait continué à travailler suite à l'accident, mais qu'il était en arrêt depuis le 6 mai 2015, les douleurs étant devenues insupportables. Il se plaignait de souffrir en permanence dans la jambe droite. Il ne se sentait pas bien, il avait l'impression de ne servir à rien. Il avait perdu ses amis et ne pouvait pas s'occuper de ses enfants comme auparavant. Selon son médecin, il était dépressif. Il n'était pas en mesure de marcher plus de vingt minutes ou de plier la jambe. Il pouvait en réalité se baisser, mais c'était très douloureux. Il restait à la maison, le plus souvent couché. Il marchait rarement. Il sortait pour les soins médicaux. Même sans bouger, la jambe tendue, il souffrait. Il poursuivait les séances de physiothérapie et prenait des antidouleurs et antiinflammatoires. Il utilisait rarement les béquilles. Son médecin lui avait conseillé de ne pas les utiliser afin de ne pas perdre les muscles de la jambe. Il avait été licencié avec effet au 31 décembre 2015. Actuellement, il ne travaillait pas en raison des douleurs mais souhaitait reprendre une activité à titre indépendant un jour. Il ne pouvait plus faire de sport (tennis, foot, basket),

mais nageait à la piscine du club Silhouette. Il conduisait sur de courtes périodes, dix à vingt minutes au maximum.

Le collaborateur de l'Allianz lui a ensuite présenté le rapport d'observation et indiqué que celle-ci avait mis en évidence des éléments en contradiction avec les déclarations qu'il venait de faire (courir, exercer une activité rémunérée). L'assuré a spécifié qu'il avait donné, uniquement durant la semaine de surveillance, des conseils et rempli la déclaration d'impôt de certains amis et connaissances qu'il rencontrait dans la rue ou dans des établissements publics. Selon Allianz, cette manière de procéder ressemblait plus à une relation avec un client.

i. A la demande de l'Allianz, le docteur G_____, FMH chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a rendu une expertise le 20 avril 2016. Il a posé les diagnostics suivants : s'agissant du genou droit, un status après un accident survenu en 1996 ayant provoqué une fracture de la tête tibiale du côté droit ; une déchirure du ligament croisé antérieur, ayant ensuite entraîné un abaissement de la rotule ; un status après ostéosynthèse de la fracture tibiale puis ablation du matériel d'ostéosynthèse ; un status après correction chirurgicale de la rotule trop basse et un status après probable lésion du ménisque interne ; ainsi qu'un status après contusion du genou droit en 2014. En ce qui concernait la cheville droite, il a diagnostiqué un status après entorse considérée comme « bénigne », avec actuellement récupération fonctionnelle complète. Le statu quo sine avait été retrouvé au jour de l'examen, le 19 février 2016.

j. Le 9 mai 2016, la doctoresse H_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, a rendu un rapport aux termes duquel l'assuré avait déclaré qu'il avait toujours travaillé durant vingt-quatre ans sans aucun arrêt de travail jusqu'à l'accident professionnel en 1996 nécessitant cinq interventions au niveau du genou droit entre 1996 et 2008. Il se plaignait de fortes douleurs au niveau de la cheville droite liées à une entorse survenue le 23 janvier 2014. Depuis ces deux accidents, il éprouvait de fortes douleurs pulsatives persistantes à la jambe droite l'empêchant de réaliser ses activités de la vie quotidienne. Il était frustré de ne plus pouvoir danser ou effectuer du sport. Son avenir professionnel était une préoccupation excessive. Ces deux accidents avaient perturbé sa santé, sa vie professionnelle, sociale, familiale et financière et il en souffrait beaucoup. Son sommeil était perturbé, il se sentait très fatigué, épuisé et en échec dans la vie en général. Il craignait de ne plus retrouver sa force, sa santé physique et psychique stable. Il se plaignait d'oppression à la poitrine, de sensation d'étouffement avec souffle coupé et de céphalées de tension persistantes. Il évoquait des scénarios de suicide qui le déstabilisaient. Il était bouleversé, déçu et découragé par le refus de son assurance-accidents de prendre en charge son traitement. Il se sentait incompris dans sa souffrance psychique. La spécialiste a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.3) et une modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0). L'assuré poursuivait un traitement psychotrope (Zoloft) et sa souffrance

psychologique était liée aux deux accidents ; il était totalement incapable de travailler depuis le 26 avril 2016.

k. Par décision du 27 mai 2016, Allianz a mis fin à ses prestations au 22 juillet 2014 pour la cheville droite et au 19 février 2016 pour le genou et ajouté que l'événement du 23 janvier 2014 devait être considéré comme un accident léger, si bien que la causalité adéquate n'était pas remplie entre cet événement et l'épisode dépressif actuel.

l. Le 21 juin 2016, l'assuré a, par l'entremise de son conseil, formé opposition, contestant la valeur probante de l'expertise du Dr G_____.

m. Par décision du 8 février 2017, Allianz a rejeté l'opposition.

n. Par acte du 13 mars 2017, l'assuré a recouru contre cette décision auprès de la chambre de céans (cause A/853/2017). Il a allégué que son état de santé ne s'était pas amélioré. Il éprouvait encore des douleurs au genou. Il concluait au versement des indemnités journalières.

o. Dans sa réponse du 22 mai 2017, Allianz a conclu au rejet du recours.

p. Le 11 octobre 2017, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations d'invalidité pour des atteintes d'ordre psychique et, le 12 octobre 2017, l'OAI a rappelé au recourant que la demande du 13 octobre 2015 était encore à l'étude, de sorte qu'une nouvelle demande de prestations n'avait pas lieu d'être.

q. Le 4 décembre 2017, la chambre de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle. À cette occasion, le recourant a déclaré qu'en 1996, lorsqu'il était employé polyvalent à la Coop, il avait été renversé par une moto alors qu'il circulait à vélo. Il avait subi quatre à cinq opérations au genou et au tibia (qui avait été vissé), notamment une plastie des ligaments croisés. Il avait touché des indemnités de l'assurance-invalidité, laquelle lui avait également financé une formation chez B_____ SA, où il a collaboré dès 2003 comme employé polyvalent (coursier, chauffeur de la famille, comptabilité). Il avait été licencié pour le 31 décembre 2015. Il ne se sentait pas capable de travailler pour des raisons tant physiques que psychiques. Il avait fait beaucoup d'efforts pour garder son emploi. Les séquelles physiques qu'il subissait actuellement étaient dues pour le genou à son premier accident, aggravées par le deuxième accident, et pour le pied au deuxième accident. Après son arrêt de travail de 2015, il ne sortait quasiment plus, hormis pour faire un hammam ou un sauna (le chaud lui faisait du bien). Sa psychiatre, qui lui prescrivait un traitement antidépresseur, lui avait conseillé de sortir au moins une fois par jour.

Le recourant a fourni les pièces suivantes :

- un rapport du 1er décembre 2017 de la Dresse H_____, dans lequel elle posait les mêmes diagnostics que ceux retenus précédemment. Elle a noté que le recourant se plaignait de fortes douleurs pulsatives persistantes au niveau du genou droit, de la cheville droite et de pied droit l'empêchant d'effectuer ses

activités de la vie quotidienne depuis l'accident du 23 janvier 2014. En dépit des séances de physiothérapie et du traitement antalgique, ses douleurs s'aggravaient et il boitait. Il était gêné par les remarques des gens sur sa façon de marcher. Il était très triste de ne plus pouvoir danser, pratiquer du sport ou faire les activités qu'il appréciait. Son avenir professionnel était une préoccupation excessive pour lui. Cet accident avait perturbé sa santé physique et mentale, ainsi que sa vie professionnelle, sociale, familiale et financière. Il en souffrait beaucoup. Il indiquait être distrait, inattentif et déconcentré. Le sommeil était toujours perturbé et il se sentait toujours très fatigué, épuisé et en échec dans la vie en général. Il avait très peur de ne plus retrouver sa force, sa santé physique et psychique stable. Il se plaignait d'oppression à la poitrine, de sensation d'étouffement avec souffle coupé et de céphalées de tension persistantes. Il était en colère et se sentait nerveux. Déçu par tout le monde, il ne voulait plus voir personne. Il peinait à prendre des décisions et des responsabilités. Tout lui paraissait comme des montagnes insurmontables. Il exprimait un sentiment de culpabilité important et avait l'impression d'être puni, tout en pensant qu'il ne l'avait pas mérité. Il évoquait des scénarios de suicide. Il souffrait d'une blessure narcissique avec un sentiment de dévalorisation et d'inutilité dans une impasse sans repères. Il se sentait mortifié et honteux. La souffrance psychologique actuelle était liée à l'accident du 23 janvier 2014. Le traitement actuel comprenait du Zoloft, le matin, et du Trittico, au coucher. La thérapie avait pour but d'atténuer ses plaintes sur son état et de l'aider à sortir de chez lui pour consolider et améliorer ses compétences relationnelles pour avoir une meilleure qualité de vie.

– un certificat du même jour, établi par la Dresse H_____, attestant une incapacité de travail totale depuis le 25 février 2016 pour une durée indéterminée.

r. Par ordonnance du 16 mars 2018, la chambre de céans a confié une expertise judiciaire bidisciplinaire au professeur I_____, FMH chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et à la doctoresse J_____, FMH psychiatrie et psychothérapie.

s. Le 21 novembre 2018, le Prof. I_____ a rendu son rapport d'expertise.

Le 21 janvier 2014, l'assuré s'était tordu le pied et la cheville droits sur le bord d'un trottoir, avait chuté et heurté sa rotule droite sur le sol. Il se plaignait de douleurs constantes aux genou et pied droits, avec blocages. Une radiographie du genou droit avait été pratiquée le 18 avril 2018 et une IRM du genou le 2 mai 2018. Il a posé les diagnostics suivants :

- Genou droit : status post fracture épiphyso-métaphysaire interne du tibia droit in situ ; status post ostéosynthèse par vis ; status post ablation du matériel d'ostéosynthèse ; status post rupture ligament croisé antérieur ; status post reconstruction ligament croisé antérieur (tendon rotulien) ; status post

algoneurodystrophie ; status post patella baja ; status post ostéotomie de la tubérosité tibiale pour proximaliser la rotule ; status post ablation matériel d'ostéosynthèse distension-rupture du ligament croisé antérieur reconstruit ; atrophie musculature de la cuisse et du mollet ; chondropathie fémoro-patellaire légère à modérée ; patella baja (Index Caton-Deschamps : 0,67 selon IRM 03.05.2018) ; déchirure horizontale du ménisque externe ; arthrose tricompartimentale du genou droit.

- Cheville droite : status post entorse externe grade 1-2 ; Tendinopathie fibrillaire du tendon d'Achille ; ostéophytes débutants pilon antérieur et postérieur.
- Pied droit : os accessoire naviculaire (os tibial externe) type II ; os trigone ; épine calcanéenne ; articulation cunéo-métatarsienne I oblique

En conclusion, l'assuré avait été victime d'un accident de la circulation en 1996 qui avait entrainé cinq interventions et qui avait causé des lésions séquellaires aboutissant à une arthrose tricompartimentale débutante et à une patella baja du genou droit. Le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI) de 10% décidé en 2004 était insuffisant, le cas n'étant manifestement pas stabilisé à ce moment-là (intervention sur patella baja en 2007). Un taux de 25% aurait été plus juste (ligament croisé antérieur rompu ou détendu, patella baja, arthrose débutante tricompartimentale, métaphyse tibiale proximale cicatricielle). L'accident de 2014 avait péjoré l'état arthrosique du genou droit et avait entrainé un état douloureux du pied et de la cheville droits sur un état antérieur (os naviculaire, articulation cunéo-métatarsienne oblique). La tendinopathie fissuraire du tendon d'Achille droit pouvait être mise sur le compte de la boiterie induite par l'arthrose du genou. Il existait une capacité de reprise à 70% dans un travail adapté sur le plan orthopédique et ostéoarticulaire dès la date de son examen clinique le 27 juin 2018. Il était recommandé de poursuivre la prise en charge par l'assureur du traitement antalgique ainsi que la physiothérapie de renfort musculaire.

t. Le 16 janvier 2019, la Dresse J_____ a rendu son rapport d'expertise fondé, notamment, sur trois entretiens avec l'assuré, un entretien téléphonique avec la Dresse H_____ et le Dr C_____ et deux entretiens de consilium avec le Prof. I_____.

L'entorse de 2014 avait été pour l'assuré le début d'une longue descente du point de vue du moral, avec des douleurs devenues chroniques et l'apparition de désespoir. Elle a posé le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) depuis le 23 juillet 2014 (six mois après l'accident). Le Prof. I_____ avait fait état d'une atteinte somatique mais celle-ci n'expliquait pas complètement l'intensité des plaintes, lesquelles s'accompagnaient d'un sentiment de détresse non expliqué entièrement par les troubles physiques, survenant dans un conflit émotionnel. Toute l'existence de l'assuré semblait coagulée autour de sa jambe droite.

Ce diagnostic n'était pas attribuable à l'accident du 2 juillet 1996 car l'assuré avait pu retravailler à 100% après celui-ci mais attribuable (à plus de 50%) à l'accident du 23 janvier 2014.

L'assuré nécessitait une psychothérapie de soutien avec traitement médicamenteux, qui était en cours chez la Dresse H_____. Des séances d'hypnose étaient préconisées. La capacité de travail de l'assuré avait été totale depuis son reclassement jusqu'au 23 janvier 2014. Il présentait une capacité de travail, avec baisse de rendement de 50%, sur le plan psychologique. Il n'y avait pas d'élément en faveur d'un syndrome dépressif (F32). Les troubles actuels correspondaient, selon la table de la SUVA, à un trouble psychique léger à modéré.

u. Le 2 décembre 2018, les experts ont rendu un consilium, suite à deux rencontres les 5 octobre et 21 novembre 2018. L'accident de 2014 avait péjoré l'état arthrosique du genou droit et avait entrainé un état douloureux du pied et de la cheville droits sur un état antérieur (os naviculaire, articulation cunéométatarsienne oblique). Concernant la cheville et le pied droits, il n'avait pas été possible d'établir une corrélation directe entre les examens objectifs et les plaintes de l'assuré. En d'autres termes, les constatations objectives n'expliquaient pas les douleurs et les limitations dont se plaignait l'assuré. Par contre, les plaintes de l'assuré concernant son genou droit étaient corroborées par l'ensemble constitué de l'examen clinique et des différents tests à la disposition de l'expert. Les atteintes actuelles du genou droit découlaient de l'accident du 2 juillet 1996 et avaient été aggravées par l'accident de 2014. Ces atteintes donnaient lieu à une baisse partielle de la capacité de travail de l'assuré avec reprise partielle possible à 70% dans un travail adapté, ainsi que cela avait été décrit en détail dans le volet orthopédique de l'expertise. Le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) posé dans le volet psychiatrique de l'expertise, permettait quant à lui d'expliquer, en partie, les douleurs et la détresse de l'assuré. Ce syndrome était un trouble caractérisé par la présence de douleurs qui ne pouvaient être complètement expliquées par un trouble somatique objectivé. Il donnait lieu à une baisse de rendement de 50% dans une activité adaptée par ailleurs aux lésions objectivées dans le volet orthopédique de l'expertise. Sur le plan psychothérapeutique, il restait encore certaines démarches à entreprendre avant de pouvoir affirmer que le pronostic de ce trouble psychique était réservé. Ces démarches (hypnose et autohypnose) pourraient donner à l'assuré la possibilité de contrôler ses douleurs.

v. Le 20 février 2019, la Dresse H_____ a rendu un rapport selon lequel l'expertise psychiatrique contenait des erreurs car l'assuré ne conduisait plus depuis 2015, ne buvait que deux verres de vin rouge de temps en temps et n'effectuait pas ses visites « en Turquie, car il prend plaisir » et se sentait compris par sa famille et son entourage, qu'enfin il avait besoin de prendre des antalgiques lors de ses voyages en Turquie. Les 15 janvier et 3 juin 2020, elle a posé les

diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques, modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe et difficultés liées à l'emploi entrainant une incapacité de travail totale.

w. Le 29 juillet 2019, le Prof. I_____, à la demande de la chambre de céans qui requérait de sa part une évaluation de la vidéo-surveillance de l'assuré, a rendu un complément d'expertise, en relevant que la vidéo-surveillance ne changeait pas ses conclusions par rapport à la capacité de travail fixée à 70%. Au contraire cette surveillance démontrait une activité de marche limitée, en adéquation avec une pathologie du membre inférieur droit, dont une arthrose du genou et un état douloureux du pied droit, chez un homme de 50 ans. Il lui paraissait que toute activité lucrative, même sédentaire, nécessitait des trajets avec de la marche et des stations debout. L'assuré souffrant de douleurs constantes, il lui paraissait médicalement indiqué de lui laisser le temps de faire les trajets aller-retour au travail et de lui laisser un temps de repos au travail nécessaire pour récupérer des douleurs causées par le va et vient de l'activité professionnelle. Ces vidéos démontraient un état de handicap par la faible activité physique déployée, et notamment concernant la faible quantité de marche, enregistrée pendant la semaine où la surveillance avait eu lieu.

x. Le 26 août 2019, l'assuré a indiqué qu'il s'était cassé le pied et le bras droits le 9 août 2019 et qu'il souhaitait qu'Allianz reprenne le versement de ses prestations au 20 février 2016.

y. Le 20 novembre 2019, le Prof. I_____ a répondu à une demande de renseignements de l'OAI.

z. Par arrêt du 27 janvier 2020 (ATAS/51/2020), la chambre de céans a admis partiellement le recours de l'assuré, réformé partiellement la décision de l'Allianz et renvoyé la cause à l'Allianz pour allouer l'indemnité journalière jusqu'au 19 février 2016 et examiner, au-delà, le droit du recourant à la prise en charge d'un traitement médical, à une rente d'invalidité et à une IPAI.

C. **a.** Le 13 juillet 2020, le SMR a estimé que l'état de santé somatique de l'assuré n'était pas stabilisé et qu'il convenait de demander des renseignements aux médecins traitants.

b. Le 14 novembre 2020, la Dresse H_____ a rendu un rapport médical et posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2) ; modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0) ; trouble panique (anxiété épisodique paroxystique) (F41.0) ; troubles du sommeil (F51) ; difficultés à l'emploi (Z56). L'évolution de l'état de santé psychique était défavorable.

c. Le 6 janvier 2021, le SMR a préconisé une expertise rhumato-psychiatrique, laquelle a été rendue par le Centre d'expertises médicales (ci-après : CEMed) le 15 juillet 2021 (docteurs K_____, FMH chirurgie orthopédique, et L_____,

FMH psychiatrie et psychothérapie). Les experts ont retenu les diagnostics suivants : difficultés dans les rapports avec le conjoint (Z63.0) (fausse couche particulièrement difficile : 2005 ; interruption thérapeutique de grossesse : 2009 ; séparation : 2020) ; décès (suicide) d'un membre de la famille (Z63.4) (2014) ; non observance d'un traitement médical (C-PAP) (Z91.1) (depuis 2017) ; troubles anxieux et dépressifs mixtes (F41.2) ; syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) ; patella baja bilatérale ; gonarthrose droite modérée secondaire (traumatisme 1996) ; gonarthrose gauche primaire avec patella baja minime ; douleur épaule droite ; pseudarthrose de la base du cinquième métatarsien pied droit (09.08.2019) ; fracture de la tête radiale type Mason I (09.08.2019).

Depuis le 9 février 2020, l'assuré était capable de travailler à 100% dans une activité adaptée aux limitations somatiques. Il n'y avait aucune incapacité de travail sur le plan psychique.

d. Le 3 août 2021, le SMR a retenu, sur la base de l'expertise précitée, une incapacité de travail totale dès le 6 mai 2015 et nulle dès le 9 février 2020 dans l'activité habituelle d'aide-comptable, laquelle était adaptée aux limitations fonctionnelles.

e. Le 12 décembre 2021, l'assuré a chuté en trottinette ; il s'est fracturé l'humérus droit, ce qui a nécessité une intervention chirurgicale le 21 décembre 2021.

f. Le 25 janvier 2022, le SMR, après avoir requis des renseignements complémentaires auprès du Dr K_____ (avis du 21 décembre 2021), a considéré qu'il convenait de tenir compte de l'expertise du Prof. I_____, de sorte que l'incapacité de travail était totale, dans l'activité d'aide-comptable, qui était adaptée, dès le 6 mai 2015, de 30% dès le 19 février 2016 et nulle dès le 9 février 2020.

g. Le 28 janvier 2022, l'OAI a retenu un statut d'actif de l'assuré.

h. Le 28 juin 2022, le SMR a estimé qu'il fallait retenir une incapacité totale de travail de trois mois dès le 12 décembre 2021 pour les suites de la fracture de l'humérus droit (intervention chirurgicale du 21 décembre 2021).

i. Par projet de décision du 18 juillet 2022, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré du 13 octobre 2015 ; sa capacité de travail était nulle dès le 6 mai 2015 et de 70% dès le 19 février 2016, de sorte que son degré d'invalidité, de 30%, ne donnait pas droit à une rente ; dès le 9 février 2020, la capacité de travail était totale dans toute activité. L'incapacité de travail de trois mois dès le 12 décembre 2021 n'était pas invalidante.

j. Le 12 septembre 2022, l'assuré, représenté par ASSUAS, s'est opposé au projet de décision de l'OAI, en faisant valoir qu'il convenait de suivre les conclusions des expertises judiciaires orthopédique et psychiatrique du Prof. I_____ et de la Dresse J_____. Par ailleurs, une nouvelle réadaptation professionnelle était nécessaire. Il a conclu à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

k. Le 19 octobre 2022, le SMR a précisé que la capacité de travail de l'assuré était de 70% dès le 19 février 2016, également au-delà du 9 février 2020.

l. Par décision du 27 octobre 2022, l'OAI a rejeté la demande de prestations, en constatant que le degré d'invalidité de l'assuré était de 30% et que l'activité habituelle était adaptée.

D. **a.** Le 28 novembre 2022, l'assuré, représenté par ASSUAS, a recouru auprès de la chambre de céans à l'encontre de la décision précitée, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité et à un reclassement professionnel.

b. Le 3 janvier 2023, l'OAI a conclu au rejet du recours, en rappelant qu'il s'était fondé sur l'expertise du Prof. I_____ et sur celle du Dr L_____.

c. Le 27 janvier 2023, l'assuré a répliqué, en faisant valoir que l'OAI s'écartait à tort de l'expertise du Prof. I_____, qui attestait d'une capacité de travail 70% et de celle de la Dresse J_____ qui évoquait une baisse de rendement de 50%.

d. Le 13 mars 2023, la chambre de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle. Le recourant a indiqué que suite à l'accident du 12 décembre 2021, il devait se faire opérer à nouveau.

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 Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 LPGA).

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

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

En l'occurrence, le litige porte sur une incapacité de travail qui a débuté le 6 mai 2015, de sorte que le droit à une éventuelle rente d'invalidité naitrait

antérieurement au 1er janvier 2022, commandant l'application des dispositions légales dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

3. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, singulièrement sur l'évaluation de sa capacité de travail.

4.

4.1 Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à 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 en vigueur dès le 1er janvier 2008).

4.2 En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

4.3 En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. Selon l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

5.

5.1 Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c ; ATF 102 V 165 consid. 3.1 ; VSI 2001 p. 223 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

5.2 le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein

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

5.3 Il y a lieu de se fonder sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4).

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

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

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

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

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

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

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

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

6. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler (ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les références ; ATF 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 (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 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3).

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

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

6.2 Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 143 V 269 consid. 6.2.3.2 et les références ; ATF 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

6.3 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 ; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

6.4 En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

6.5 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).

7. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu réaliser s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 8 al. 1 et art. 16 LPGA).

La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 128 V 29 consid. 1 ; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b).

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

7.1 Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait – au degré de la vraisemblance prépondérante – réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (ATF 139 V 28 consid. 3.3.2 et ATF 135 V 297 consid. 5.1). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des circonstances au moment de la naissance du droit à la rente et des modifications susceptibles d'influencer ce droit survenues jusqu'au moment où la décision est rendue (ATF 129 V 222 consid. 4.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_869/2017 du 4 mai 2018 consid. 2.2). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'ESS éditée par l'Office fédéral de la statistique (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 201/06 du 14 juillet 2006 consid. 5.2.3 et I 774/01 du 4 septembre 2002).

7.2 Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 143 V 295 consid. 2.2 et la référence ; ATF 135 V 297 consid. 5.2 et les références).

7.3 Lorsque l'assuré dispose encore d'une capacité de travail dans son ancienne activité, le revenu d'invalide est celui du dernier emploi et le degré d'invalidité correspond au degré d'incapacité de travail (arrêt du Tribunal fédéral 9C_576/2016 du 13 juin 2017).

8.

8.1 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 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 126 V 353 consid. 5b et les références; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 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).

8.2 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 ; ATF 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 ; ATF 122 V 157 consid. 1d).

9.

9.1 En l'occurrence, l'intimé a nié le droit du recourant à une rente d'invalidité en tenant compte, du point de vue orthopédique, d'une capacité de travail nulle de celui-ci dès le 6 mai 2015 et de 70% dès le 19 février 2016 et, du point de vue psychiatrique, d'une capacité de travail totale, de sorte que le degré d'invalidité du recourant, qui se confondait avec le degré de l'incapacité de travail, était de 30%. Par ailleurs, l'accident du 12 décembre 2021 entrainait une incapacité de travail sans incidence car limitée à une durée de 3 mois.

9.2 Le recourant conclut à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Il fait valoir une aggravation de son état de santé du point de vue orthopédique - depuis les accidents des 9 août 2019 et 12 décembre 2021 - et également du point de vue psychique, la Dresse H_____ ayant attesté une recrudescence des symptômes.

9.3 S'agissant de l'aspect somatique, il convient de constater que les parties admettent la valeur probante de l'expertise judiciaire du Prof. I_____ du 21 novembre 2018, complétée le 29 juillet 2019, concluant à une capacité de travail du recourant de 70% dans une activité adaptée, soit une activité sédentaire et administrative, sans port de charge ou de marche (déplacements limités) et permettant le changement de position.

Conformément à l'ATAS/51/2020 du 27 janvier 2020, il convient d'admettre qu'en suivant les conclusions du Prof. I_____, il est établi que le recourant présente, à tout le moins depuis le 27 juin 2018, date de l'examen clinique de l'expert, une capacité de travail de 70% dans une activité adaptée et que cette capacité existait déjà dès le 19 février 2016, soit à la date de l'examen clinique du Dr G_____. Le recourant ne le conteste d'ailleurs pas. Quant à l'intimé, à la suite de l'avis du SMR du 19 octobre 2022, il a finalement conclu que la capacité de travail du recourant était effectivement limitée à 70% dès le 19 février 2016 et au-delà du 9 février 2020 (date préalablement fixée pour retenir une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée).

Le recourant fait cependant valoir une aggravation de son état de santé à la suite des accidents de 2019 et 2021.

9.3.1 S'agissant de l'accident de 2019, le Prof. I_____ en a tenu compte dans son évaluation du 20 novembre 2019 puisqu'il estime qu'elle a entrainé une incapacité de travail totale de quelques mois, sans impact sur l'exigibilité dans une activité adaptée. Le 20 février 2020, dans un rapport à l'intimé, le Prof. I_____ relève une évolution favorable au niveau du coude droit mais un retard de consolidation de la base du 5ème métatarse droit. Le 11 mai 2020, le Prof. I_____ mentionne une évolution vers une pseudarthrose de la base du 5ème métacarpien à droite. Le 25 mai 2020, il relève que l'accident de 2019 a entrainé une fracture de la tête radiale droite qui était consolidée, une fracture de la base du 5ème orteil droit en voie de consolidation et une contusion de l'épaule droite ; le bilan de celle-ci avait montré un kyste spinoglénoïdien volumineux et une déchirure étendue du labrum, avec une discrète arthrose AC. Il atteste d'une incapacité de travail totale du recourant pour accident du 28 octobre 2019 au 30 juin 2020. Au demeurant, le Prof. I_____ ne relève pas de limitations fonctionnelles supplémentaires incapacitantes par rapport à sa première évaluation. Le SMR a également tenu compte des conséquences de l'accident de 2019 dans son avis du 25 janvier 2022, dès lors qu'il se fonde, pour établir la capacité de travail du recourant, sur l'expertise orthopédique du Dr K_____ du 15 juillet 2021, lequel a évalué l'impact des lésions dues à l'accident de 2019 sur la capacité de travail du recourant et considère qu'elles ne sont pas incapacitantes (expertise du Dr K_____ pp. 6, 17, 23, 24, 26, 32, 33 et 36). Au demeurant, l'intimé a bien pris en considération les conséquences de l'accident de 2019 et aucun élément au dossier ne permet d'établir qu'elles entraineraient des limitations fonctionnelles supplémentaires.

9.3.2 S'agissant de l'accident de 2021, le SMR a examiné ses conséquences dans son avis du 28 juin 2022 et estimé, sur la base du rapport du Dr M_____ du 3 février 2022, que les suites de la fracture étaient favorables, de sorte qu'une incapacité de travail totale de trois mois pouvait être retenue depuis le 12 décembre 2021. Aucun rapport médical au dossier n'atteste d'une aggravation de l'état de santé du recourant qui serait durable, en raison des suites de cet accident, étant relevé qu'une telle aggravation ne pourrait être prise en compte que jusqu'au jour de la date de la décision litigieuse le 27 octobre 2022 (ATF 144 V 210).

9.3.3 Au vu de ce qui précède, la conclusion de l'intimé quant à une capacité de travail du recourant, du point de vue orthopédique, nulle dès le 6 mai 2015 et de 70% dès le 19 février 2016 dans l'activité habituelle du recourant, jugée adaptée, peut être confirmée.

9.4 S'agissant de l'aspect psychiatrique, la Dresse J_____ a rendu une expertise judiciaire le 16 janvier 2019 (procédure A/853/2017). L'experte a écarté un syndrome dépressif - tous les éléments constitutifs de celui-ci n'étant pas retrouvés - et a posé le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme

persistant, incapacitant à hauteur de 50%. En application des indicateurs jurisprudentiels pertinents précités, il apparait cependant que le caractère incapacitant du syndrome douloureux somatoforme persistant ne peut être retenu. En effet, l'experte a souligné qu'il existait des incohérences, la baisse de l'intérêt et du plaisir évoquée par le recourant n'étant pas présente lorsqu'il était en vacances et, s'agissant de la grande fatigabilité, le recourant était néanmoins capable de conduire, se concentrer et supporter plusieurs heures de voyage (expertise de la Dresse J_____ p. 23) ; par ailleurs, il existait des zones d'ombre sur le plan anamnestique et il subsistait des zones de flou concernant la façon dont le recourant passait ses journées (expertise de la Dresse J_____ p. 20). Le recourant avait adopté un comportement contradictoire en souhaitant être expertisé, avec un empressement à fixer le premier rendez-vous, tout en contestant la légitimité de l'expertise, en demandant pourquoi il devait se justifier auprès de l'experte (expertise de la Dresse J_____ p. 20). Au demeurant, l'experte a conclu à quelques aspects manipulatoires relationnels et à une démonstrativité (expertise de la Dresse J_____ p. 18) ; elle estime que d'autres pistes de traitement devraient encore être explorées avant de pouvoir affirmer que le pronostic du trouble psychique est réservé (consilium des experts du 2 décembre 2018). En outre, l'experte n'a pas précisé les limitations fonctionnelles psychiatriques qui motiveraient une diminution de rendement de 50%. En effet, elle relève seulement que le recourant pourrait recommencer une activité ne nécessitant pas de marche ou de rester trop longtemps debout, comme son ancien métier de comptable, sans expliquer en quoi, du point de vue psychiatrique, le recourant serait limité (expertise de la Dresse J_____ p. 26 et consilium des experts du 2 décembre 2018).

L'expertise du Dr L_____ va également dans le sens d'une exclusion du caractère incapacitant du trouble psychiatrique retenu ; il confirme le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant et constate la présence de troubles anxieux et dépressifs mixtes mais estime que ces diagnostics n'entrainent pas de limitations fonctionnelles. Il souligne que le recourant a des ressources et qu'il existet des divergences entre les symptômes décrits et l'examen clinique (expertise du Dr L_____, p. 33).

Le recourant fait valoir les avis de sa psychiatre traitante, la Dresse H_____. Cependant, ceux-ci ne sont pas à même d'établir un diagnostic incapacitant, ce d'autant qu'ils relatent principalement les plaintes du courant (rapports de la Dresse H_____ des 15 janvier et 30 juin 2020), sans se prononcer sur les indicateurs jurisprudentiels pertinents pour évaluer le caractère incapacitant d'un trouble psychique.

Au vu de ce qui précède, tant la diminution de rendement de 50% retenue par l'experte J_____ que l'avis de la psychiatre traitante du recourant ne peuvent être suivis et le recourant doit être considéré comme capable, du point de vue psychiatrique, d'exercer toute activité à un taux de 100%.

9.5 Du point de vue somatique et psychiatrique, le recourant présente ainsi une capacité de travail nulle dès le 6 mai 2015 et de 70% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques, depuis le 19 février 2016.

10.

10.1 S'agissant du calcul du degré d'invalidité, si un assuré est en mesure, malgré les limitations dues à son état de santé, de poursuivre l'activité professionnelle qu'il exerçait jusqu'alors, le cas échéant, avec une capacité de rendement limitée, il n'est pas nécessaire de recourir à des valeurs statistiques et le degré d'invalidité se confond avec le degré d'incapacité de travail (arrêt du Tribunal fédéral 9C_576/2016 du 13 juin 2017 précité).

S'agissant de la dernière activité professionnelle exercée par le recourant pour B_____ SA, il ressort du dossier les éléments suivants : l'activité était celle de gestionnaire dans une entreprise familiale (expertise du Prof I_____ p. 4). Selon le rapport de l'employeur du 26 janvier 2016, le recourant exerçait une activité de « relations avec nos clients, administrative, comptabilité », laquelle nécessitait qu'il soit souvent assis, parfois debout, qu'il marche parfois (soit entre une demie heure et trois heures) et, rarement, qu'il soulève des poids. L'employeur a indiqué que le recourant pouvait, à son avis, faire un travail « ordinateur, tout genre, y compris compta, excel, word, administration, organisation, supervision ».

Au vu des limitations fonctionnelles retenues, l'exigibilité de la dernière activité professionnelle du recourant, à un taux de 70%, peut être confirmée, ce qui n'est pas spécifiquement contesté par le recourant.

10.2 En l'occurrence, le recourant était apte à exercer son ancienne activité, dès le 19 février 2016, soit à l'issue du délai de carence d'une année dès l'incapacité de travail totale du 6 mai 2015 ; son degré d'invalidité se confond ainsi avec celui de son incapacité de travail, soit un taux de 30%.

Celui-ci étant insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité, le recours ne peut qu'être rejeté.

Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner le recourant 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. Condamne le recourant au paiement d'un émolument de CHF 200.-.
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
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