

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/626/2021

ATAS/904/2024

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 18 novembre 2024**

**Chambre 6**

En la cause

A \_\_\_\_\_

recourant

représenté par Me Maurice UTZ, avocat

contre

**SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN  
CAS D'ACCIDENTS**

intimée

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

---

---

**EN FAIT**

- A.**
- a.** Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né le \_\_\_\_\_ 1986, a été engagé le 1<sup>er</sup> janvier 2012 par B\_\_\_\_\_ en qualité de carreleur-peintre à plein temps (45 heures par semaine), pour un salaire mensuel de l'ordre de CHF 4'500.-. À ce titre, il était couvert contre les accidents professionnels et non professionnels par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA).
  - b.** B\_\_\_\_\_ a été radiée du registre du commerce le 4 décembre 2014 suite au prononcé de sa faillite.
  - c.** Le 5 juin 2013, l'assuré a chuté d'une échelle et s'est blessé à la main et au bras gauches. Le cas a été annoncé à la SUVA par B\_\_\_\_\_ le 7 juin 2013. Le 2 août 2013, l'assuré a chuté d'une échelle, se blessant à la main droite, ainsi qu'à la main et au bras gauches (douleurs). Une incapacité totale de travail a été certifiée à compter de cette date. Le cas a été pris en charge par la SUVA.
- B.**
- a.** Le 22 octobre 2013, l'assuré a subi une ostéotomie de la base du cinquième métacarpien gauche, une ostéotomie de l'hamatum gauche et une infiltration de la gaine des fléchisseurs du pouce gauche, pratiquées par le docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie de la main. Ce dernier a posé le diagnostic de cal vicieux intra-articulaire de la base du cinquième métacarpien et de l'hamatum gauches. L'assuré présentait une fracture de la base du cinquième métacarpien intra-articulaire avec un enfoncement traité conservativement. Il avait développé un cal vicieux avec une forte raideur douloureuse. Il présentait également des douleurs au niveau de la poulie basale du pouce sans blocage ni ressaut.
  - b.** Le 10 mars 2014, l'assuré a déposé une demande de prestations d'invalidité
  - c.** Le 28 avril 2014, l'assuré a subi une ablation du matériel d'ostéosynthèse de l'hamatum et de la base du cinquième métacarpien gauches. Suite à l'opération, il avait présenté un syndrome douloureux important avec une raideur et une tuméfaction qui faisaient penser à une algodystrophie de SUDECK.
  - d.** Dans un rapport du 15 juillet 2014, le Dr C\_\_\_\_\_ a relevé une évolution défavorable. Malgré une restitution *ad integrum* de la surface articulaire carpo-métacarpienne V, l'assuré persistait à ressentir des douleurs importantes avec une gêne fonctionnelle. La rééducation ne permettait pas d'obtenir une mobilité satisfaisante. L'assuré ne présentait aucune tuméfaction mais ressentait des douleurs au moindre effleurement de la cicatrice. Une raideur à l'enroulement était relevée. L'arrêt de travail était toujours en cours, sans perspective de changement. Pour le moment, il n'était pas nécessaire d'envisager un changement de profession. En effet, compte tenu de la restitution de l'anatomie, la fonction devait pouvoir être rétablie. L'état n'était pas stabilisé. L'assuré présentait enfin éventuellement un état dépressif réactionnel et étranger à l'accident. Le 6 janvier 2015, il a confirmé, dans un rapport à l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI), un syndrome douloureux post opératoire par ostéotomie.

**e.** Le 13 novembre 2014, le département de médecine communautaire et de premier recours des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) a indiqué un probable syndrome douloureux régional complexe (ci-après : SDRC) caractérisé par des douleurs chroniques permanentes du poignet, irradiant dans le bras, l'épaule, le dos et la jambe à gauche.

**f.** L'assuré a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR) du 10 au 18 septembre 2014 et dans un rapport du 2 octobre 2014, les docteurs D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, et E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, ont retenu les diagnostics de SDRC de type 1 (algodystrophie) de la main gauche, d'ablation du matériel d'ostéosynthèse de l'hamatum et de la base du cinquième métacarpien gauches, d'ostéotomie de la base du cinquième métacarpien gauche, ostéotomie de l'hamatum gauche et infiltration de la gaine des fléchisseurs du pouce gauche, et de chute le 2 août 2013 avec fracture intra-articulaire de la base du cinquième métacarpien et de l'hamatum gauches.

L'hospitalisation avait eu lieu en raison de l'évolution négative du cas, l'assuré ayant développé un syndrome douloureux important avec limitations fonctionnelles de la main et du poignet. Les limitations fonctionnelles ne s'expliquaient pas principalement par les lésions objectives constatées durant le séjour. Des facteurs contextuels jouaient un rôle important dans les plaintes et limitations fonctionnelles rapportées par l'assuré et influençant défavorablement le retour au travail. S'agissant des limitations fonctionnelles provisoires, l'assuré devait éviter les activités en force avec la main gauche et très répétitives. Même si certaines limitations pouvaient être admises, l'assuré s'autolimitait de façon majeure, de sorte que les limitations ne reflétaient que ce que ce dernier avait bien voulu faire et démontrer. La stabilisation était attendue dans un délai difficile à estimer, étant précisé qu'il fallait s'attendre à une longue évolution en raison des facteurs contextuels et de la présence d'un probable SDRC. La reprise de l'activité habituelle était pour le moment défavorable. Quant à une réinsertion dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, il était trop tôt pour se prononcer.

**g.** Le 30 septembre 2016, la docteure F\_\_\_\_\_, médecin cheffe de clinique du département de santé mentale et de psychiatrie des HUG, a indiqué suivre l'assuré à raison d'une fois par mois depuis le 4 février 2016. Ce dernier recevait un traitement antidépresseur et anxiolytique en raison d'une symptomatologie anxio-dépressive en lien avec la symptomatologie douloureuse.

**h.** Dans un rapport du 21 décembre 2016, le Dr C\_\_\_\_\_ a fait état d'une évolution défavorable. L'assuré présentait des douleurs permanentes à la main et au membre supérieur gauches, lesquelles étaient partiellement calmées par les traitements médicamenteux. Le traitement actuel consistait surtout en un traitement de la douleur par voie médicamenteuse et ergothérapie. Une stimulation médullaire pouvait être envisagée, mais pas un traitement chirurgical. L'incapacité de travail était totale, pour une durée indéterminée, à moins de trouver une

solution pour ses douleurs. Un changement de profession était indiqué dans un domaine où la main gauche n'aurait pas besoin d'être utilisée. Du point de vue chirurgical, l'état était stabilisé, aucune mesure opératoire ne pouvant améliorer la situation. Par contre, une éventuelle amélioration pouvait être espérée par le traitement antalgique. Il n'était pas exclu que des facteurs étrangers jouent un rôle dans l'importance de la symptomatologie, mais il était difficile d'en avoir la certitude.

**i.** Dans un rapport du 29 mars 2017, la docteure G\_\_\_\_\_, cheffe de clinique du département de santé mentale et de psychiatrie des HUG, a retenu le diagnostic d'état dépressif moyen. Elle a relevé la stagnation de la symptomatologie anxio-dépressive. Une tristesse avec un émoussement affectif, une anhédonie marquée, une difficulté à initier et poursuivre des activités et une fatigue étaient observées. Récemment, une adaptation du traitement antidépresseur et antalgique avait permis le renforcement de la prise en charge ergothérapeutique (travail sur hypersensibilité et allodynie). Le pronostic était réservé sur le plan psychiatrique, car l'assuré était alexithymique. Néanmoins, l'adaptation du traitement pouvait avoir un effet partiel. Toute amélioration de la motricité et du syndrome douloureux était cependant susceptible de permettre une évolution nettement plus favorable (en cas de succès avec le travail ergothérapeutique de désensibilisation). Une réadaptation professionnelle était souhaitable dans le contexte de la réhabilitation psychiatrique, ceci pouvant faire fonction de traitement. En effet, l'incapacité avait créé un vide identitaire et l'assuré n'arrivait pas à se projeter au-delà de son handicap (manque de flexibilité mentale, péjorée par la dépression).

**j.** Le 22 mars 2017, le docteur H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA, a évalué l'atteinte à l'intégrité de l'assuré à 10% (tables d'indemnisation pour une atteinte à l'intégrité suite à une arthrose grave intra-carpienne).

Dans un rapport d'examen du même jour, le Dr H\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics de fracture enfoncement de la base du cinquième métacarpien gauche, de *status post* ostéotomie correctrice du cinquième métacarpien et hamatum pour cal vicieux et d'algoneurodystrophie. Actuellement, les douleurs étaient difficilement maîtrisées par le traitement médicamenteux et l'ergothérapie. La main était tenue en coupe. Une raideur diffuse était présente au niveau des doigts, du poignet et du coude dans une moindre mesure. Toutes les mesures de mobilité étaient extrêmement douloureuses. Le traitement actuel consistait surtout à maîtriser la douleur par voie médicamenteuse et ergothérapie. Aucun traitement chirurgical n'était à envisager. Un changement de profession était nécessaire dans un domaine où la main gauche n'avait pas besoin d'être utilisée. Ce changement était exigible de l'assuré.

**k.** Dans une appréciation psychiatrique du 17 mai 2017, le docteur I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et médecin d'arrondissement de la SUVA, a relevé que la situation de l'assuré évoluait vers une invalidation

progressive et complète. Avant qu'elle ne soit trop avancée, il fallait tenter de la prendre en charge et de voir ce que l'assuré était réellement capable de faire ou non avec son membre supérieur gauche. Selon le Dr H\_\_\_\_\_, il serait désormais monomanuel, ce qui impliquait un handicap assez important. Compte tenu de cette situation à haut risque et du pronostic plus que réservé, le Dr I\_\_\_\_\_ recommandait d'adresser l'assuré à la CRR pour une évaluation pluridisciplinaire. S'agissant du lien de causalité entre cette situation et l'atteinte psychique, elle était au mieux probable.

I. L'assuré a séjourné au sein de la CRR du 11 juillet au 2 août 2017. Dans un rapport du 7 août 2017, les docteurs J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, et K\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, ont posé les diagnostics d'exclusion du membre supérieur gauche, de probable SDRC de la main gauche au décours, de chute le 2 août 2013 avec fracture intra-articulaire de la base du cinquième métacarpien et de l'hamatum gauches, d'ostéotomie de la base du cinquième métacarpien gauche, ostéotomie de l'hamatum gauche et infiltration de la gaine des fléchisseurs du pouce gauche, d'ablation du matériel d'ostéosynthèse de l'hamatum et de la base du cinquième métacarpien gauches, et de possible trouble de l'adaptation, avec réaction dépressive prolongée.

L'évaluation psychiatrique évoquait la présence d'un trouble de l'adaptation, avec réaction dépressive prolongée chez un patient rapportant un état douloureux quasi permanent et n'exprimant pas d'autres plaintes spontanément. Sur le plan neurologique, l'électroneuromyogramme (ENMG) ne permettait pas de retenir des signes objectivables pour une atteinte des structures nerveuses du membre supérieur gauche. Il n'y avait pas non plus d'explication trouvée pour les crises douloureuses de l'hémicorps gauche. Les plaintes et limitations fonctionnelles ne s'expliquaient pas principalement par les lésions objectives. À quatre ans de son accident, même si un SDRC avait probablement compliqué l'évolution, aucun signe en faveur de la persistance de son activité n'était actuellement constaté. Malgré une exclusion du membre supérieur gauche, il n'était pas constaté d'amyotrophie significative, de troubles vasomoteurs ou de la trophicité et de raideur articulaire, les limitations des amplitudes constatées à l'examen clinique étaient en lien avec les douleurs annoncées et des autolimitations. Des facteurs contextuels jouaient un rôle important dans les plaintes et les limitations fonctionnelles rapportées par l'assuré.

Les incohérences suivantes étaient relevées : absence d'amyotrophie malgré l'exclusion du membre supérieur gauche présentée et intolérance au toucher superficiel du poignet et de la main gauches alors qu'une attelle AL était tolérée. Au décours de l'atteinte traumatique du poignet gauche ayant évolué vers un SDRC, actuellement au décours, on pouvait retenir les limitations fonctionnelles médico-théoriques suivantes : pas de port de charges supérieures à 15 kg et pas d'activité nécessitant une préhension en force avec la main gauche. La situation

était stabilisée du point de vue médical. Aucune nouvelle intervention n'était proposée. Le pronostic de reprise de l'activité habituelle était défavorable compte tenu de l'atteinte médicale retenue après l'accident. Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles était défavorable, en raison des facteurs non médicaux précités.

**m.** Le 26 septembre 2017, la SUVA a demandé au Dr H\_\_\_\_\_ si, à la lumière du rapport de la CRR du 7 août 2017, il maintenait la limitation fonctionnelle de l'absence d'utilisation de la main gauche retenue dans son rapport d'examen du 22 mars 2017. Le même jour, le Dr H\_\_\_\_\_ lui a répondu que les limitations fonctionnelles retenues par la CRR après un séjour d'environ trois semaines étaient précises et pouvaient être utilisées dans le cadre de l'exigibilité.

**n.** Dans un document interne du 29 septembre 2017, la SUVA a retenu cinq descriptifs de postes de travail (ci-après : DPT) adaptés à l'assuré. L'ensemble des DPT sélectionnés nécessitait le port de charges très légères (jusqu'à 5 kg), et parfois légère (entre 5 et 10 kg), et l'usage des deux mains.

**o.** Le 29 septembre 2017, la SUVA a informé l'assuré que, selon la CRR, son état était stabilisé, de sorte qu'elle mettait fin au paiement des soins médicaux et des indemnités journalières avec effet au 31 octobre 2017. Son éventuel droit à une rente d'invalidité était actuellement examiné. Son droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI) allait être confirmé dans la décision d'attribution.

**p.** Par décision du 19 octobre 2017, la SUVA a nié à l'assuré tout droit à une rente d'invalidité et lui a octroyé une IPAI de CHF 12'600.- correspondant à 10% du montant maximal du gain annuel assuré.

Il ressortait du dossier que les troubles psychogènes de l'assuré n'étaient pas en relation de causalité avec l'accident du 2 août 2013. Aucune prestation n'était donc due à ce titre. Sur la base des constatations médicales, l'assuré était capable de travailler à plein temps dans une activité adaptée. Cette capacité de travail médicalement exigible lui permettait d'exercer une profession, par exemple, dans différents secteurs de l'industrie et de réaliser un salaire de CHF 58'478.-. Comparé à son revenu de CHF 58'097.- réalisable avant l'accident, il n'y avait « quasiment » pas de perte de gain, de sorte qu'aucune rente d'invalidité n'était due. Si son état de santé exigeait la reprise du traitement médical en lien avec l'accident, l'assuré avait la possibilité de le lui annoncer.

**q.** Le 21 novembre 2017, l'assuré a, par l'intermédiaire de son conseil, formé opposition à cette décision. Il a contesté la stabilisation de son état de santé. Subsidiairement, il contestait être capable de travailler dans une activité adaptée.

**r.** Dans une appréciation médicale du 6 février 2018, le Dr H\_\_\_\_\_ a rappelé l'évolution du cas et les dernières conclusions de la CRR. L'établissement des limitations fonctionnelles avait été défini sur la base de facteurs médicaux.

---

L'exigibilité était complète aussi bien en temps qu'en rendement dans une activité adaptée aux limitations établies après le séjour de l'assuré au sein de la CRR.

s. Par décision sur opposition du 12 février 2018, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assuré et retiré l'effet suspensif à un éventuel recours. En ce qui concernait les seules séquelles de l'accident, la CRR avait retenu des limitations fonctionnelles, soit éviter les ports de charges supérieures à 15 kg et les activités nécessitant une préhension en force avec la main gauche. Le Dr H\_\_\_\_\_ avait fait siennes ces limitations et précisé que la capacité de travail de l'assuré était entière dans une activité adaptée. L'assuré n'avait apporté aucun élément objectif permettant de remettre en question les conclusions de ce médecin.

- C. a. Le 15 mars 2018, l'assuré a, par l'intermédiaire de son conseil, interjeté recours contre cette décision (cause A/908/2018) par-devant la chambre de céans. Il a conclu principalement à l'annulation de la décision et à la poursuite du versement de l'indemnité journalière dès le 1<sup>er</sup> novembre 2017 jusqu'à épuisement du droit aux prestations, et subsidiairement à l'annulation de la décision et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> novembre 2017.

Les limitations fonctionnelles retenues par la SUVA étaient trop restrictives, dès lors qu'elles ne prenaient pas en considération les limitations importantes liées aux douleurs ressenties. À l'appui de son recours, le recourant a notamment produit un rapport de consultation ambulatoire de la douleur établi le 5 février 2018 par la Dre L\_\_\_\_\_, le docteur M\_\_\_\_\_, psychiatre consultant, et le docteur N\_\_\_\_\_, médecin interne, du centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur des HUG. Ces médecins ont retenu les diagnostics de douleurs chroniques du membre supérieur gauche avec une composante neuropathique et de tout l'hémicorps gauche sous-tendus par une sensibilisation centrale, de *status post* ostéotomie intra-articulaire de la base du cinquième métacarpien et de l'hamatum pour cal vicieux et de *status post* fracture du cinquième doigt à gauche le 2 août 2013. Malgré le traitement, le recourant présentait toujours des douleurs sans réelle amélioration. Actuellement les douleurs étaient localisées au niveau de tout le membre supérieur gauche sans territoire précis, avec une irradiation des douleurs dans tout l'hémicorps gauche. Les douleurs étaient permanentes de type arrachement et d'une intensité de 8/10 sur l'échelle visuelle analogique (EVA) avec les médicaments.

b. Par arrêt du 17 septembre 2018 (ATAS/819/2018), la chambre de céans a déclaré irrecevables les conclusions tendant au versement d'indemnités journalières, déclaré recevable le recours pour le surplus, admis partiellement le recours, annulé la décision litigieuse et invité l'intimée à se prononcer dans une décision formelle sur les questions de la stabilisation du cas au 31 octobre 2017 et de la suppression du droit aux indemnités journalières dès cette même date. Un recours de la SUVA au Tribunal fédéral contre cet arrêt a été déclaré irrecevable (arrêt du Tribunal fédéral 8C 725/2018 du 10 janvier 2020). La chambre de céans a considéré que la SUVA ne pouvait se fonder ni sur le rapport d'expertise de la

CRR du 7 août 2017, ni sur les avis du Dr H\_\_\_\_\_ des 26 septembre 2017 et 6 février 2018, faute de valeur probante de ces rapports médicaux.

**c.** Par décision du 5 février 2020, la SUVA a cessé le versement de l'indemnité journalière au 31 octobre 2017, en considérant que la situation était stabilisée et, le 25 février 2020, l'assuré a renoncé au versement de l'indemnité journalière et requis une rente d'invalidité.

**d.** Le 6 juillet 2020, le docteur O\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin-conseil de la SUVA, a examiné l'assuré et rendu un rapport. Il a posé les diagnostics de *status* après traitement chirurgical d'une fracture de la base du cinquième métacarpien gauche et de *status* après SDRC en décours, sans signes aujourd'hui d'anomalie objective d'une pathologie active. Il n'y avait pas de manifestation clinique évidente et active du SDRC ; il n'y avait pas d'explication à une incapacité totale du membre supérieur gauche ; une activité respectant les limitations fonctionnelles suivantes pouvait être effectuée : port de charges de plus de 15 kg avec le membre supérieur gauche, travaux nécessitant une force de serrage avec la main gauche et de mobilisation en flexion, extension et pronosupination de l'avant-bras ; l'IPAI n'était pas modifiée.

**e.** Le 18 septembre 2020, la docteure P\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie et médecin-conseil de la SUVA, a rendu une appréciation selon laquelle la profession de carreleur n'était plus exigible mais l'assuré pouvait exercer une activité adaptée à 100%, en respectant les limitations posées par le Dr O\_\_\_\_\_, elle a également fixé l'interdiction de toute activité nécessitant des mouvements répétés au-dessus de l'horizontale. La main et le membre supérieur gauches pouvaient servir d'accompagnement à la main droite et il fallait privilégier des activités avec appui sur un établi.

**f.** Le 29 septembre 2020, la SUVA a fixé le degré d'invalidité à -15% (revenu sans invalidité de CHF 58'097.- et revenu d'invalidité de CHF 67'071.-, selon l'ESS 2016, indexé à 2017, pour 41,7 heures de travail hebdomadaire, niveau 1, homme, sans abattement).

**g.** Par décision du 29 septembre 2020, la SUVA a refusé le droit à une rente d'invalidité et accordé une IPAI de 10%. Les troubles psychogènes n'étaient pas en relation de causalité adéquate avec l'accident.

**h.** Le 29 octobre 2020, l'assuré a fait opposition à la décision précitée, en relevant que le calcul du degré d'invalidité devait se faire sur la base des DPT, subsidiairement qu'un abattement de 25% devait lui être accordé, et qu'il avait une capacité de travail de 20% au maximum.

**i.** Par décision du 22 janvier 2021, la SUVA a rejeté l'opposition, aucun élément objectif ne remettant en cause l'exigibilité posée par les Drs O\_\_\_\_\_ et P\_\_\_\_\_ ; par ailleurs les DPT n'étaient plus utilisées depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2019.

- 
- D.**
- a.** Le 22 février 2021, l'assuré, représenté par son avocat, a recouru auprès de la chambre de céans à l'encontre de la décision précitée (cause A/626/2021), en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité complète ; l'instruction était incomplète et il convenait d'entendre les Drs C\_\_\_\_\_ et L\_\_\_\_\_ ; la conclusion du Dr O\_\_\_\_\_ quant à une capacité de travail totale était incompréhensible ; il considérait être capable de travailler à 20% maximum.
- b.** Le 23 mars 2021, la SUVA a conclu au rejet du recours.
- c.** Le 21 juin 2021, la chambre de céans a entendu les parties lors d'une audience de comparution personnelle. Le recourant a déclaré qu'il n'arrivait pas à travailler en raison de douleurs qui irradiaient depuis la main gauche dans tout le bras, jusqu'à la nuque et jusqu'au pied.
- d.** À la demande de la chambre de céans, les médecins suivants ont donné des renseignements complémentaires :
- La Dre L\_\_\_\_\_ a communiqué les rapports du centre de la douleur établis les 2 juin 2015, 20 octobre 2016, 5 février 2018 et 17 juillet 2018.
  - Le docteur Q\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale, a indiqué le 30 août 2021 que l'assuré présentait un syndrome douloureux chronique du membre supérieur gauche, avec une quasi impotence de celui-ci et une capacité de travail nulle.
  - Le 8 octobre 2021, la docteure R\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, et le docteur S\_\_\_\_\_, médecin adjoint responsable d'unité aux HUG, ont indiqué un suivi depuis le 14 mai 2021 pour un SDRC avec douleurs chroniques du membre supérieur gauche, avec composante neuropathique de tout l'hémicorps gauche sous-tendues par une sensibilisation centrale ; le traitement était principalement de l'antalgie.
  - Le 18 novembre 2021, le Dr C\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de cal vicieux intra-articulaire de la base du cinquième métacarpien et de l'hamatum gauches, un SDRC type I probable, un état de stress post-traumatique et une possible irritation de la branche sensitive dorsale du nerf ulnaire, non documentée objectivement. L'assuré était capable de travailler dans une activité monomanuelle droite complète avec une aide appréciable de la main gauche depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2019, à un taux de 80%, avec un rendement de 50%. Il y avait des signes d'autolimitation qui pourraient ne pas être volontaires, mais dus à l'état douloureux chronique. Il était d'accord avec une capacité de travail totale établie par le Dr O\_\_\_\_\_ mais avec une diminution de rendement de 20%.
- e.** Le 20 décembre 2021, le recourant a observé qu'il s'appuyait sur le rapport du Dr Q\_\_\_\_\_ et qu'il sollicitait un complément d'information de la part du Dr C\_\_\_\_\_ sur l'avis du Dr Q\_\_\_\_\_.

**f.** Le 19 janvier 2022, la SUVA a persisté dans ses conclusions, en relevant que les rapports médicaux récents ne témoignaient d'aucun élément médical objectif de nature à mettre en doute les constatations de la SUVA.

**g.** Par ordonnance du 1<sup>er</sup> juillet 2022 (ATAS/632/2022), la chambre de céans a confié une expertise judiciaire neurologique à la docteure T\_\_\_\_\_, cheffe de clinique du service de neurologie des HUG, et au docteur U\_\_\_\_\_, médecin interne du service de neurologie des HUG, en considérant que les avis des Drs O\_\_\_\_\_ (du 6 juillet 2020) et P\_\_\_\_\_ (du 18 septembre 2020) ne permettaient pas de retenir une capacité de travail totale du recourant dans une activité adaptée et qu'il existait un doute sur les limitations fonctionnelles du recourant et, en particulier, sur l'impact du SDRC et le taux de capacité de travail exigible.

**h.** Le 5 décembre 2022, le V\_\_\_\_\_ a rendu, à la demande de l'OAI, une expertise pluridisciplinaire (docteurs W\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, X\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale, Y\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, et Z\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie).

Les experts ont posé les diagnostics d'algodystrophie post-traumatique de la main gauche (M89.0), de syndrome douloureux de l'hémicorps gauche sans support anatomique, de *status* après fracture du cinquième métacarpien de la main gauche (S62.3), opérée à deux reprises, avec douleurs nociceptives persistantes majeures et sensibilisation centrale (G62.9), conduisant à l'extension du schéma anatomique douloureux sur tout l'hémicorps gauche, mais principalement situé au membre supérieur gauche jusqu'à la racine de l'épaule ; pas de diagnostics d'ordre de la médecine interne ou psychiatrique.

Dans une activité adaptée aux limitations neurologiques, la capacité de travail était de 100% avec une baisse de rendement de 20% depuis mai 2015.

Les douleurs de la main gauche étaient clairement en cohérence avec un *status* après fracture du cinquième métatarsien, l'ensemble des douleurs du membre supérieur gauche, voire de l'hémicorps gauche était plutôt à mettre en relation avec une chronicisation de la douleur et, telle qu'évoquée par les médecins de la douleur, une sensibilisation centrale.

L'expert neurologue a relevé que du fait de la médication en cours et des troubles de la concentration, dans la mesure où l'assuré pourra exercer une activité légère ne mettant à contribution pour ainsi dire que le membre supérieur droit, le membre supérieur gauche servant d'appoint avec limitation de charge, une activité qui ne nécessite pas de monter sur une échelle ou escabeau, activité qui ne nécessite pas de travail sur des machines, la capacité de travail neurologique / neuropsychologique pouvait être évaluée à 80%, par ralentissement d'exécution des tâches et ce, environ une année après la deuxième intervention datée du 28 avril 2014, c'est-à-dire au mois de mai 2015, date de la consultation et prise en charge de la douleur par la Dre L\_\_\_\_\_.

**i.** Le 6 décembre 2022, le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) s'est rallié à l'expertise du V\_\_\_\_\_ et a conclu à une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle dès le 2 août 2013 et de 100% avec une baisse de rendement de 20% dans une activité adaptée dès le 1<sup>er</sup> janvier 2015.

**j.** Le 10 février 2023, l'OAI a fixé le degré d'invalidité du recourant à 20%, les revenus avec et sans invalidité étant tous deux basés sur l'ESS 2014, Tableau TA1, niveau 4, homme, actualisés à 2015.

**k.** Par décision du 3 avril 2023, l'OAI a rejeté la demande de prestations.

**E. a.** Le 12 mai 2023, l'assuré a recouru auprès de la chambre de céans à l'encontre de la décision de l'OAI du 3 avril 2023 (cause A/1630/2023), en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 2 août 2014.

**b.** Le 12 juin 2023, l'OAI a conclu au rejet du recours, en soulignant que l'expertise du V\_\_\_\_\_ était probante.

**c.** Le 4 août 2023, les experts judiciaires ont rendu leur rapport. Ils ont posé les diagnostics de trouble fonctionnel avec hémisyndrome douloureux sensitif avec sous-utilisation du membre supérieur gauche secondaire à une sensibilisation centrale d'un SDRC ; SRDC de type I de forme « froide » dans le décours post-ablation matériel d'ostéosynthèse ostéotomie base du cinquième métacarpien et hamatum gauches ; fracture base du cinquième métacarpien et hamatum gauches à la suite d'une fracture post-traumatique avec développement d'un cal vicieux sur le lieu de travail ; trouble de l'adaptation et anxio-dépressif prolongé réactionnel post-traumatique.

Les deux premiers diagnostics étaient apparus en avril 2014. L'assuré présentait des limitations fonctionnelles d'augmentation des douleurs à l'effort, lors de la station assise prolongée et lors de l'application d'eau froide, responsables de troubles de la concentration importants pour lesquels il n'arrivait pas à lire plus de 10 mn ; limité dans ses loisirs, les douleurs l'empêchant parfois d'aller au cinéma ou de se déplacer hors du domicile ; il arrivait cependant à rester assis environ une heure maximum mais nécessitait rapidement de bouger. Il pouvait exercer un travail monomanuel droit, pas de position assise prolongée de plus d'une heure, avec possibilité de se déplacer. La capacité de travail de l'assuré était nulle dans son activité habituelle et de 50% dans une activité adaptée (selon table SUVA pour impotence totale du membre supérieur gauche) depuis le 22 mars 2017 (selon l'évaluation du Dr H\_\_\_\_\_).

**d.** Le 18 août 2023, le recourant a versé au dossier AI l'expertise judiciaire du 4 août 2023 et requis une modification de la décision de l'OAI.

**e.** Le 25 août 2023, le recourant a observé qu'il convenait de prendre en compte une capacité de travail de 50% et un abattement sur le salaire d'invalidé de 25%, en raison des limitations fonctionnelles, de l'absence de formation et d'autorisation de séjour en Suisse. Il a communiqué une attestation de l'office

cantonal de la population et des migrations (OCPM) du 20 novembre 2017, mentionnant une demande d'autorisation de séjour à l'examen.

**f.** Le 11 septembre 2023, le SMR a estimé que les conclusions de l'expertise judiciaire ne pouvaient être suivies et a maintenu que la capacité de travail du recourant était totale dans une activité adaptée, avec une baisse de rendement de 20% dès mai 2015. L'OAI s'est rallié le même jour à l'avis du SMR.

**g.** Le 12 septembre 2023, la Dre P\_\_\_\_\_ s'est prononcée sur le rapport d'expertise judiciaire. Les limitations fonctionnelles étaient peu compréhensibles, la référence à la table de la SUVA pour fixer la capacité de travail était erronée et les experts faisaient preuve de lacunes grossières en asséculoogie.

**h.** Le 25 septembre 2023, la SUVA a conclu à l'ordonnance d'une contre-expertise et, en l'état, au rejet du recours.

**i.** À la demande de la chambre de céans, les experts judiciaires ont rendu un complément d'expertise le 5 décembre 2023. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : éviter le port de charges excédant 15 kg, éviter les activités en préhension forcée de la main gauche, éviter les activités avec une flexion / extension / pronation et supination répétitives de l'avant-bras et du poignet, éviter toute activité nécessitant des mouvements répétés au-dessus de l'horizontale et éviter des travaux à la chaîne nécessitant une stature prolongée assise et une attention soutenue de plus d'une heure. Le membre supérieur gauche pouvait servir d'accompagnement à la main droite, en privilégiant des activités avec appui sur un établi.

Il était probable que les troubles de la concentration étaient imputables aux douleurs chroniques ; le tableau anxio-dépressif participait probablement aux difficultés cognitives.

La capacité de travail était de 100%, avec une baisse de rendement de 20% en raison des troubles de la concentration rapportés et constatés cliniquement.

**j.** Le 10 janvier 2024, la SUVA a observé que la limitation de la position assise n'était pas en lien de causalité avec l'accident. Il ne ressortait pas des constatations objectives des experts que l'assuré avait des difficultés à rester concentré. La baisse de rendement n'était pas détaillée et même si l'on retenait une pause de dix minutes chaque heure, la baisse de rendement serait de 12,5%.

**k.** À la demande de la chambre de céans, les experts judiciaires ont rendu un complément d'expertise le 16 avril 2024.

Les difficultés de concentration du recourant avaient été mises en évidence lors de l'évaluation clinique de mars 2023, étaient objectivées et en lien tant avec l'aggravation des douleurs à l'effort qu'avec la position assise prolongée, laquelle pouvait provoquer une focalisation cognitive du recourant sur les douleurs, augmentant son ressenti algique avec interaction sur ses capacités attentionnelles.

Même dans une activité adaptée, le rendement était diminué de 20%, en raison des difficultés de concentration, le recourant ayant besoin de pauses supplémentaires. La limitation de la position assise prolongée était en lien avec les conséquences de l'accident de par la focalisation sur la douleur qu'elle entraînait. La capacité de travail du recourant, compte tenu des troubles en lien avec l'accident, était de 100%, avec une diminution de rendement de 20%.

**l.** Le 18 avril 2024, la chambre de céans a communiqué à l'OAI les compléments d'expertise judiciaire des 5 décembre 2023 et 16 avril 2024.

**m.** Le 13 mai 2024, l'OAI, suivant un avis du SMR du même jour, a estimé que le complément d'expertise neurologique du 16 avril 2024 était convaincant et a confirmé une capacité de travail exigible dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles d'épargne du membre supérieur gauche à un taux de 80% dès mai 2015.

**n.** Le 7 juin 2024, le recourant a observé que les experts avaient clairement retenu une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée et qu'ils avaient, de façon incompréhensible, modifié leur appréciation par la suite. Il convenait de retenir une capacité de travail de 50%, étant relevé que le Dr Q\_\_\_\_\_ avait conclu à une capacité de travail nulle. L'audition de celui-ci était requise.

**o.** Le 13 juin 2024, l'OAI a estimé que la capacité de travail résiduelle était évaluée de manière claire par les experts judiciaires et rejoignait celle des experts du V\_\_\_\_\_ et celle des médecins du SMR, si bien qu'il n'y avait pas lieu de s'en écarter. L'audition du Dr Q\_\_\_\_\_ n'était ainsi pas utile.

**p.** Le 19 juin 2024, la Dre P\_\_\_\_\_ a rendu un avis médical selon lequel le complément d'expertise du 16 avril 2024 comprenait des incohérences (le recourant pouvait conduire une heure mais ne pouvait pas lire plus de dix minutes et dans les activités quotidiennes les troubles de la concentration n'étaient pas évoqués). Elle contestait le diagnostic d'hémisyndrome douloureux sensitif avec sous-utilisation du membre supérieur gauche avec composante fonctionnelle inconsciente secondaire à une sensibilisation centrale d'un syndrome douloureux régional complexe.

La CRR n'avait pas retenu d'atteinte des structures nerveuses ni d'explication aux crises douloureuses de l'hémicorps gauche. Le Dr O\_\_\_\_\_ avait nié une sous-utilisation du membre supérieur gauche, un SDRC actif et mis en évidence des incohérences. Le Dr C\_\_\_\_\_ avait mis en évidence des incohérences. Le diagnostic de trouble de l'adaptation et anxio-dépressif prolongé réactionnel post-traumatique sortait du champ de compétence des experts.

La perte de rendement était en lien avec les diagnostics précités contestés, de sorte qu'elle ne pouvait être retenue.

**q.** Le 28 juin 2024, la SUVA a estimé que l'expertise judiciaire n'était pas probante. Les experts n'avaient pas tenu compte du rapport du Dr C\_\_\_\_\_. Ils ne

discutaient pas l'absence de substrat organique objectivable. Les difficultés de concentration n'étaient pas objectivées. Il convenait de suivre les avis des Drs O\_\_\_\_\_ et C\_\_\_\_\_ et d'ordonner une surexpertise.

r. Le 7 août 2024, la chambre de céans a communiqué à la SUVA une copie du rapport d'expertise du V\_\_\_\_\_ du 5 décembre 2022, en lui demandant de se déterminer sur ses conclusions.

s. Par ordonnances du 8 août 2024, le dossier AI a été versé au dossier LAA et inversement.

t. Le 18 octobre 2024, la Dre P\_\_\_\_\_ a estimé que l'évaluation consensuelle des experts du V\_\_\_\_\_ n'était pas convaincante. Elle rejoignait les diagnostics, limitations fonctionnelles et taux de capacité de travail retenus par le Dr Z\_\_\_\_\_ ; en particulier, elle confirmait le diagnostic d'algoneurodystrophie post-traumatique de la main gauche. En revanche, elle contestait le diagnostic posé par le Dr Y\_\_\_\_\_ de douleurs nociceptives persistantes majeures et sensibilisation centrale, car les Drs C\_\_\_\_\_, O\_\_\_\_\_ et les médecins de la CRR n'avaient pas retenu ce diagnostic. Elle contestait la perte de rendement de 20% car les troubles de la concentration n'avaient pas été retenus lors de l'expertise psychiatrique et le recourant regardait des matchs de football à la télévision et conduisait. Aucun élément médical allait dans le sens du diagnostic retenu par le Dr Y\_\_\_\_\_. Il apparaissait peu vraisemblable que les auto-exercices effectués par le recourant puissent empêcher la fonte musculaire du bras. Le recourant présentait des douleurs chroniques, sans substrat organique.

u. Le 22 octobre 2024, la SUVA a estimé que l'expertise du V\_\_\_\_\_ présentait des lacunes et des incohérences significatives ; les experts semblaient se contredire sans qu'un consensus ne se dégage ; l'évaluation globale n'analysait pas les observations des experts neurologiques et rhumatologiques ; le rhumatologue avait relevé des incohérences : il manquait une analyse plasmatique pour les antalgiques ; la capacité de travail partielle retenue était une conclusion hâtive, dénuée de justification solide et qui ne tenait pas compte des divergences entre experts.

## **EN DROIT**

### **1.**

**1.1** Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, 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-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

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

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

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

**1.3** Le 1<sup>er</sup> janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit de la recourante aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.

**1.4** Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

**2.** Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, singulièrement sur sa capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

**3.**

**3.1** Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA ; ATF 129 V 402 consid. 2.1 ; 122 V 230 consid. 1 et les références).

**3.2** La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1 ; 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

**3.3** Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prester de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b ; RAMA 1992 n° U 142 p. 75

consid. 4b). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (*statu quo ante* ou *statu quo sine*) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales. La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit pas (ATF 126 V 360 consid. 5b ; 125 V 195 consid. 2 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).

**3.4** Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite (art. 18 al. 1 LAA, dans sa teneur en vigueur à compter du 1er janvier 2017). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA ; méthode ordinaire de la comparaison des revenus).

**3.4.1** Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 consid. 4.1 et les références).

**3.4.1.1.** Pour déterminer le revenu sans invalidité, il convient d'établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas devenu invalide. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Partant de la présomption que l'assuré aurait continué d'exercer son activité sans la survenance de son invalidité, ce revenu se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en prenant en compte également l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente ; des exceptions ne peuvent être admises que si elles sont établies au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 139 V 28 consid. 3.3.2 et les références ; 135 V 297 consid. 5.1 et les références ; 134 V 322 consid. 4.1 et les références). Toutefois, lorsque la perte de l'emploi est due à des motifs étrangers à l'invalidité, le salaire doit être établi sur la base de valeurs moyennes. Autrement dit, dans un tel cas, n'est pas déterminant pour la fixation du revenu hypothétique de la personne valide le salaire que la personne assurée réaliserait actuellement auprès de B\_\_\_\_\_, mais bien plutôt celui qu'elle réaliserait si elle n'était pas devenue invalide. Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, un tel cas d'exception se présente par exemple lorsque le poste de travail que l'assuré occupait avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment de l'évaluation de l'invalidité, lorsqu'il n'aurait pas pu conserver son poste en raison des difficultés économiques, en cas de faillite ou de restructuration de l'entreprise

(arrêt du Tribunal fédéral 8C\_746/2023 du 7 juin 2024 consid. 4.3 et les références).

Lorsque la personne assurée, en bonne santé, ne travaillerait plus à son ancien poste, le revenu de valide doit être déterminé, conformément à la pratique, au moyen des valeurs statistiques (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_214/2023 du 20 février 2024 consid. 4.2.1 et les références).

**3.4.1.2.** En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS (ATF 148 V 174 consid. 6.2 et les références ; 143 V 295 consid. 2.2 et les références).

Il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1\_tirage\_skill\_level, à la ligne «total secteur privé» (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 126 V 75 consid. 3b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_58/2021 du 30 juin 2021 consid. 4.1.1), étant précisé que, depuis l'ESS 2012, il y a lieu d'appliquer le tableau TA1\_skill\_level et non pas le tableau TA1\_b (ATF 142 V 178).

La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références ; 135 V 297 consid. 5.2 ; 134 V 322 consid. 5.2 et les références). Une telle déduction ne doit pas être opérée automatiquement, mais seulement lorsqu'il existe des indices qu'en raison d'un ou de plusieurs facteurs, l'intéressé ne peut mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur le marché du travail qu'avec un résultat économique inférieur à la moyenne (ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références ; 146 V 16 consid. 4.1 et les références ; 126 V 75 consid. 5b/aa). Il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération; il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalide, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret (ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références ; 126 V 75 consid. 5b/bb et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_608/2021 du 26 avril 2022 consid. 3.3 et les références). D'éventuelles limitations liées à la santé, déjà comprises dans l'évaluation médicale de la capacité de travail, ne doivent pas être prises en compte une seconde fois dans l'appréciation de l'abattement, conduisant sinon à une double prise en compte du même facteur (ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les

---

références ; 146 V 16 consid. 4.1 et ss. et les références). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3).

**3.5** La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1).

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

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

**3.5.1** 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 ; 125 V 351 consid. 3b/bb).

**3.5.2** 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 ; 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

**3.5.3** 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).

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 suffisants 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).

**3.6** Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent 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, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3).

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

comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit 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 142 V 435 consid. 1 et les références ; 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références ; 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).

#### 4.

**4.1** En l'occurrence, la chambre de céans a estimé qu'une expertise judiciaire neurologique était nécessaire, considérant ce qui suit : l'intimée s'est fondée, pour rendre sa décision de refus de rente d'invalidité, sur les appréciations des Drs O\_\_\_\_\_ et P\_\_\_\_\_. À cet égard, l'appréciation du Dr O\_\_\_\_\_ du 6 juillet 2020, qui est principalement fondée sur ce qu'il considère être des incohérences de la part du recourant, soit une hypersensibilité sélective et une force de serrage nulle, alors qu'il existe une musculature normale du membre supérieur gauche, n'est pas étayée et n'est pas convaincante. En outre, l'exclusion d'un syndrome douloureux chronique chez le recourant par le médecin de l'intimée va à l'encontre du suivi par le centre de la douleur depuis juin 2015, lequel a constaté des douleurs neurogènes et une sensibilisation centrale expliquant la diffusion de douleurs et justifiant l'administration d'un traitement antalgique. Quant à la Dre P\_\_\_\_\_, elle s'est limitée dans son rapport du 18 septembre 2020 à se rallier à l'avis du Dr O\_\_\_\_\_. Ces deux avis sont manifestement insuffisants pour retenir, comme l'a fait la SUVA, une capacité de travail du recourant de 100% dans une activité adaptée, étant rappelé que la chambre de céans a considéré, dans son arrêt du 17 septembre 2018, que le rapport de la CRR du 7 août 2017 et les avis du Dr H\_\_\_\_\_ n'étaient pas probants non plus.

En outre, le rapport du Dr C\_\_\_\_\_ du 18 novembre 2021, fondé sur une dernière consultation de décembre 2018, ne revêt pas pleine valeur probante. En effet, le Dr C\_\_\_\_\_ fait état d'une éventuelle autolimitation du recourant, tout en admettant qu'elle peut ne pas être volontaire mais découler de l'état douloureux chronique qui laisse au niveau cérébral des empreintes difficilement effaçables, malgré une mécanique de la main restituée. Contrairement à l'avis de l'intimée, ce constat ne permet pas de conclure à une autolimitation volontaire du recourant. Le Dr C\_\_\_\_\_ estime ensuite que le recourant présente une capacité de travail dans une activité adaptée dès le 1<sup>er</sup> janvier 2019 de 80%, avec un rendement de 50%, puis se déclare en accord avec les conclusions du Dr O\_\_\_\_\_ qui retient une capacité de travail de 100%, tout en précisant qu'une diminution de rendement de 20% pourrait être acceptée. Ses conclusions sur la capacité de travail du recourant ne sont ainsi pas claires. On ne sait si le recourant est considéré comme apte à travailler à 40% (80% avec une diminution de rendement de 50%) ou à 50% ou à

80% (100% avec une diminution de rendement de 20%). Enfin, le Dr C\_\_\_\_\_ considère le SDRC comme probable, tout comme l'existence de douleurs qui sont prises en compte dans la diminution du taux d'activité exigible. Or, le Dr C\_\_\_\_\_ se réfère aussi à l'avis du Dr O\_\_\_\_\_ du 6 juillet 2020, lequel exclut un SDRC actif.

En définitive, il existe un doute sur les limitations fonctionnelles du recourant et, en particulier, sur l'impact du SDRC et le taux de capacité de travail exigible, aucun rapport médical probant et convaincant ne permettant d'éclaircir, au degré de la vraisemblance prépondérante, ces questions, étant relevé que l'avis peu motivé du Dr Q\_\_\_\_\_ quant à une capacité de travail nulle du recourant et celui des Drs L\_\_\_\_\_, R\_\_\_\_\_ et S\_\_\_\_\_ - qui ne se prononcent pas sur la capacité de travail du recourant - ne sont pas suffisants non plus pour statuer.

**4.2** Les Drs T\_\_\_\_\_ et U\_\_\_\_\_ ont rendu leur rapport d'expertise judiciaire le 4 août 2023, lequel a été complété les 5 décembre 2023 et 16 avril 2024.

Les experts ont posé les diagnostics neurologiques de trouble fonctionnel avec hémisynonyme douloureux sensitif avec sous-utilisation du membre supérieur gauche secondaire à une sensibilisation centrale d'un syndrome douloureux régional complexe, de syndrome douloureux régional complexe de type I de forme « froide » dans le décours post-ablation et de fracture base du cinquième métacarpien et hamatum gauches à la suite d'une fracture post-traumatique avec développement d'un cal vicieux sur le lieu de travail.

Le recourant présentait des limitations fonctionnelles d'augmentation des douleurs à l'effort lors de la station assise prolongée et lors de l'application d'eau froide, responsables de troubles de la concentration importants (rapport d'expertise du 4 août 2023). Les experts ont ensuite précisé les limitations fonctionnelles de la manière suivante : éviter le port de charges excédant 15 kg, éviter les activités en préhension forcée de la main gauche, éviter les activités avec une flexion / extension / pronation et supination répétitives de l'avant-bras et du poignet, éviter toute activité nécessitant des mouvements répétés au-dessus de l'horizontale et éviter des travaux à la chaîne nécessitant une stature prolongée assise et une attention soutenue de plus d'une heure. Le membre supérieur gauche peut servir d'accompagnement à la main droite en privilégiant des activités avec appui sur établi (complément d'expertise du 5 décembre 2023).

Les experts ont relevé que lors d'une exacerbation du tableau douloureux, il était probable que les douleurs chroniques influençaient la capacité d'assumer des tâches demandant une attention soutenue (complément d'expertise du 5 décembre 2023). Les difficultés de concentration étaient en lien tant avec l'aggravation des douleurs à l'effort qu'avec la position assise prolongée, celle-ci pouvant provoquer une focalisation cognitive sur les douleurs pouvant augmenter le ressenti algique et donc interagir avec les capacités fonctionnelles (complément d'expertise du 16 avril 2024).

S'agissant de la capacité de travail, les experts judiciaires l'ont, dans un premier temps, fixée à un taux de 50% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, en se référant à la table de la SUVA pour une impotence totale du membre supérieur gauche. Dans leurs compléments d'expertise, les experts, après avoir été informés que les tables SUVA n'étaient pas pertinentes pour l'évaluation de la capacité de travail, ont rectifié leur position et, après nouvelle évaluation, ont estimé la capacité de travail du recourant à un taux de 80%, soit une activité exercée à un taux de 100%, avec une diminution de rendement de 20% en raison de troubles de la concentration.

**4.2.1** Fondée sur toutes les pièces du dossier, comprenant une anamnèse détaillée, les plaintes du recourant, un *status* et des constatations objectives, des diagnostics clairs et une évaluation motivée et convaincante de la capacité de travail, le rapport d'expertise judiciaire du 4 août 2023, complété les 5 décembre 2023 et 16 avril 2024, répond aux réquisits jurisprudentiels précités pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante.

Le fait qu'un tableau anxio-dépressif ait été signalé par les experts neurologues comme participant probablement aux difficultés cognitives du recourant n'est pas pertinent et n'ôte pas sa valeur probante à l'expertise judiciaire, dès lors que les experts n'ont pas, en tant que neurologues, les compétences de poser un diagnostic psychiatrique, d'une part, et que les douleurs chroniques ont été clairement mises en lien avec les troubles cognitifs du recourant, d'autre part. En outre, le fait que les experts judiciaires aient évalué, dans un premier temps, une capacité de travail de 50%, augmentée ensuite à 80%, n'enlève pas non plus toute valeur probante à l'expertise judiciaire, les experts judiciaires ayant motivé de façon convaincante leurs dernières appréciations.

Le recourant est ainsi reconnu capable de travailler dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, à un taux de 100% avec une diminution de rendement de 20% due aux difficultés de concentration, constatées cliniquement par les experts judiciaires et engendrées par les douleurs chroniques causées par le SDRC de forme froide et l'hémisyndrome douloureux.

L'intimée, en se ralliant à l'avis de la Dre P\_\_\_\_\_, conteste les conclusions de l'expertise judiciaire. Ses critiques ne sont cependant pas à même de mettre en cause la valeur probante de celle-ci, comme il sera exposé ci-après.

Quant au recourant, il estime que les premières conclusions des experts judiciaires doivent être retenues, à l'exclusion de celles prises dans le cadre des compléments d'expertise, ce qui ne peut être retenu, les experts judiciaires ayant précisé leur évaluation de la capacité de travail dans deux compléments motivés de façon convaincante.

**4.2.1.1.** La Dre P\_\_\_\_\_ estime que les troubles de la concentration ne sont pas objectivés, en relevant que le recourant peut conduire jusqu'à une heure et qu'il peut réaliser l'ensemble de ses activités de base de la vie quotidienne.

---

À cet égard, les experts judiciaires ont mentionné qu'ils avaient observé chez le recourant des limitations fonctionnelles, après 30 à 40 minutes de posture assise, ce qui était cohérent avec les plaintes anamnestiques, la position assise pouvant provoquer une focalisation cognitive du recourant sur ses douleurs et augmenter son ressenti algique, en interagissant avec ses capacités attentionnelles. Ils ont estimé qu'un examen neuropsychologique n'était pas nécessaire (complément d'expertise du 16 avril 2024), de telle sorte qu'il convient d'admettre que les troubles de la concentration du recourant sont objectivés. Contrairement à l'avis de la Dre P\_\_\_\_\_, le fait que le recourant soit autonome dans la gestion de son quotidien et apte à conduire durant une heure n'est pas contradictoire avec le constat de trouble attentionnel chez le recourant, ce d'autant que les experts judiciaires ont indiqué qu'il était nécessaire que le recourant, dans une activité adaptée, puisse effectuer des pauses de 15 minutes toutes les heures (complément d'expertise du 16 avril 2024) et que la position assise - que le recourant est à même de tenir en conduisant - est possible au maximum pendant une heure, ce qui est en cohérence avec les limitations fonctionnelles retenues par les experts judiciaires.

**4.2.1.2.** La Dre P\_\_\_\_\_ se réfère à l'expertise de la CRR, à l'avis du Dr O\_\_\_\_\_ du 6 juillet 2020 et à celui du Dr C\_\_\_\_\_ du 18 novembre 2021 pour écarter le diagnostic d'hémisyn-drome douloureux sensitif avec sous-utilisation du membre supérieur gauche avec composante fonctionnelle inconsciente secondaire à la sensibilisation centrale du SDRC.

Tout d'abord, les avis médicaux cités par la Dre P\_\_\_\_\_ ont été jugés non probants par la chambre de céans (ATAS/819/2018 et ordonnance d'expertise du 1<sup>er</sup> juillet 2022). Au surplus, les médecins précités ne sont pas spécialisés en neurologie, pas plus que la Dre P\_\_\_\_\_, contrairement aux experts judiciaires et à l'expert Y\_\_\_\_\_ (expertise du V\_\_\_\_\_ du 5 décembre 2022).

À cet égard, dans un arrêt de ce jour dans le cadre de la procédure opposant le recourant à l'OAI (A/1630/2023), la chambre de céans a constaté l'entière valeur probante de l'expertise du V\_\_\_\_\_ précitée, laquelle conclut, tout comme l'expertise judiciaire, à une capacité totale de travail du recourant dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, avec une diminution de rendement de 20%. Elle a relevé que le SMR avait considéré (dans un avis du 13 mai 2024), que l'expertise judiciaire, complétée les 5 décembre 2023 et 16 avril 2024, était convaincante et qu'elle était en accord avec les conclusions des experts du V\_\_\_\_\_.

L'expert Y\_\_\_\_\_ a retenu un diagnostic de douleurs nociceptives persistantes majeures et sensibilisation centrale, conduisant à l'extension du schéma anatomique douloureux sur tout l'hémicorps gauche, principalement situé au membre supérieur gauche, jusqu'à la racine de l'épaule. Il a relevé que l'ensemble des douleurs du membre supérieur gauche, voire de l'hémicorps gauche, étaient plutôt à mettre en relation avec une chronicisation de la douleur et une

sensibilisation centrale. Son diagnostic rejoint ainsi celui des experts judiciaires, étant relevé que le SDRC retenu seulement par l'expert Z \_\_\_\_\_ a été finalement mentionné dans les diagnostics de l'évaluation consensuelle des experts du V \_\_\_\_\_. En particulier, la présence de douleurs nociceptives persistantes majeures et sensibilisation centrale est retenue comme un trouble objectivé, en lien avec la fracture du cinquième métacarpien de la main gauche et les interventions chirurgicales qui ont suivi. Les diagnostics posés par les experts judiciaires et l'expert Y \_\_\_\_\_, clairs et bien motivés, peuvent ainsi être suivis.

**4.2.1.3.** L'intimée conteste la diminution de rendement de 20% retenue par les experts judiciaires et ceux du V \_\_\_\_\_. S'agissant de la capacité de travail du recourant, singulièrement de la diminution de rendement de 20% (sur un taux de 100% exigible dans une activité adaptée), elle est fondée sur la limitation fonctionnelle liée aux troubles attentionnels, lesquels ont été considérés comme objectivés par les experts judiciaires. Par ailleurs, elle rejoint, en tous points, celle évaluée par les experts du V \_\_\_\_\_ et, en particulier, par le Dr Y \_\_\_\_\_, lequel mentionne que du fait de la médication en cours et des troubles de la concentration, dans la mesure où l'assuré pourrait exercer une activité légère ne mettant à contribution pour ainsi dire que le membre supérieur droit, le membre supérieur gauche servant d'appoint avec limitation de charge, une activité qui ne nécessite pas de monter sur une échelle ou un escabeau, activité qui ne nécessite pas le travail sur des machines, la capacité de travail neurologique / neuropsychologique peut être évaluée à 80%, par perte de rendement de 20% en relation avec les douleurs et la médication en cours et du ralentissement d'exécution des tâches. L'évaluation par tous les experts neurologues d'une perte de rendement de 20% liée aux troubles cognitifs du recourant peut ainsi être confirmée.

**4.2.1.4.** L'intimée estime encore que l'évaluation consensuelle des experts du V \_\_\_\_\_, qui rejoint celle des experts judiciaires, n'est pas déterminante dès lors qu'elle se contente de juxtaposer les observations des experts. Or, contrairement à l'avis de l'intimée, les experts ont effectué une évaluation consensuelle le 28 novembre 2022 en présentiel (expertise du V \_\_\_\_\_ p. 7) et relevé que l'examen clinique pluridisciplinaire avait mis en évidence les diagnostics figurant au dossier avec les incapacités qui en résultaient, sans atteinte à la santé d'ordre psychique ou de la médecine interne (expertise du V \_\_\_\_\_ p. 4). Malgré les quelques incohérences relevées par l'expert rhumatologue, l'ensemble des experts ont estimé qu'une perte de rendement de 20% dans une activité adaptée était justifiée d'un point de vue neurologique (expertise du V \_\_\_\_\_ p. 5). Le SMR a ensuite estimé que l'expertise du V \_\_\_\_\_ avait pleine valeur probante (avis du 6 décembre 2022). À cet égard, il convient de relever que le but des expertises multidisciplinaires est de recenser toutes les atteintes à la santé pertinentes et d'intégrer dans un résultat global les restrictions de la capacité de travail qui en découlent. L'évaluation globale et définitive de l'état de santé et de la capacité de

travail revêt donc une grande importance lorsqu'elle se fonde sur une discussion consensuelle entre les médecins spécialistes participant à l'expertise. La question de savoir si, et dans quelle mesure, les différents taux liés aux limitations résultant de plusieurs atteintes à la santé s'additionnent, relève d'une appréciation spécifiquement médicale, dont le juge ne s'écarter pas, en principe (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_162/2023 du 9 octobre 2023 consid. 2.3 et les références).

Au demeurant, la cohérence entre les conclusions de l'expertise judiciaire et celles du V\_\_\_\_\_, lesquelles ont toutes deux fait l'objet d'une évaluation consensuelle des experts, que le SMR a par ailleurs jugées probantes, renforce la valeur de leurs conclusions.

**4.2.2** Au vu de ce qui précède, il convient de retenir que le recourant présente, depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2017, une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

**4.3** Il convient de calculer le degré d'invalidité.

S'agissant du revenu sans invalidité, la société B\_\_\_\_\_, pour laquelle le recourant travaillait avant son accident du 2 août 2013 et son incapacité de travail totale qui s'en est suivie, a été radiée le 19 décembre 2014 par suite de faillite. En application de la jurisprudence susmentionnée (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_746/2023 du 7 juin 2024), le salaire réalisé par le recourant auprès de B\_\_\_\_\_ ne peut être pris en compte au titre de revenu sans invalidité. Il convient en conséquence de se fonder sur le revenu issu des salaires statistiques 2016, ligne total, pour un homme, dans une activité de niveau 1, soit un revenu de CHF 5'340.- par mois et de CHF 64'080.- par année. Adapté à la durée normale de travail dans les entreprises en 2016, soit 41,7 heures, et indexé à l'année 2017 (+ 0,6%), il est de CHF 67'204.-.

Quant au revenu d'invalidité, il doit être calculé sur cette même base, de sorte que le degré d'invalidité du recourant correspond au taux de la perte de rendement de 20%, étant relevé qu'aucun critère, selon la jurisprudence précitée et permettant de procéder à un abattement sur le revenu d'invalidité, n'est réalisé, en particulier les limitations fonctionnelles du recourant ayant déjà été prises en compte dans la diminution de rendement de 20%.

Ce taux d'invalidité de 20% donne droit à une rente d'invalidité de 20% depuis la date de stabilisation de l'état de santé du recourant, le 1<sup>er</sup> novembre 2017

**4.4** Conformément à la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, l'art. 45 al. 1 LPGA constitue une base légale suffisante pour mettre les coûts d'une expertise judiciaire à la charge de l'assureur (ATF 143 V 269 consid. 6.2.1 et les références), lorsque les résultats de l'instruction mise en œuvre dans la procédure administrative n'ont pas une valeur probatoire suffisante pour trancher des points juridiquement essentiels et qu'en soi un renvoi est envisageable en vue d'administrer les preuves considérées comme indispensables, mais qu'un tel renvoi

apparaît peu opportun au regard du principe de l'égalité des armes (ATF 139 V 225 consid. 4.3).

Cette règle ne saurait entraîner la mise systématique des frais d'une expertise judiciaire à la charge de l'autorité administrative. Encore faut-il que l'autorité administrative ait procédé à une instruction présentant des lacunes ou des insuffisances caractérisées et que l'expertise judiciaire serve à pallier les manquements commis dans la phase d'instruction administrative. En d'autres mots, il doit exister un lien entre les défauts de l'instruction administrative et la nécessité de mettre en œuvre une expertise judiciaire (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2). Tel est notamment le cas lorsque l'autorité administrative a laissé subsister, sans la lever par des explications objectivement fondées, une contradiction manifeste entre les différents points de vue médicaux rapportés au dossier, lorsqu'elle aura laissé ouverte une ou plusieurs questions nécessaires à l'appréciation de la situation médicale ou lorsqu'elle a pris en considération une expertise qui ne remplissait manifestement pas les exigences jurisprudentielles relatives à la valeur probante de ce genre de documents. En revanche, lorsque l'autorité administrative a respecté le principe inquisitoire et fondé son opinion sur des éléments objectifs convergents ou sur les conclusions d'une expertise qui répondait aux réquisits jurisprudentiels, la mise à sa charge des frais d'une expertise judiciaire ordonnée par l'autorité judiciaire de première instance, pour quelque motif que ce soit (à la suite par exemple de la production de nouveaux rapports médicaux ou d'une expertise privée), ne saurait se justifier (ATF 139 V 496 consid. 4.4 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_580/2019 du 6 avril 2020 consid. 5.1).

En l'occurrence, l'intimée s'est fondée sur les rapports de ses médecins-conseils, insuffisamment probants, de sorte qu'une expertise judiciaire a été nécessaire. Partant, les frais de celle-ci seront mis à la charge de l'intimée.

5. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision litigieuse annulée et il sera dit que le recourant a droit, depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2017, à une rente d'invalidité, d'un taux de 20%.

Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 3'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA – E 5 10.03]).

Les frais de l'expertise judiciaire en CHF 8'300.- seront mis à la charge de l'intimée.

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. f<sup>bis</sup> LPGA *a contrario*).

**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'intimée du 22 janvier 2021.
4. Dit que le recourant a droit à une rente d'invalidité, depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2017, d'un taux de 20%.
5. Met les frais de l'expertise judiciaire de CHF 8'300.-, selon factures des 31 août 2023, 23 janvier et 24 avril 2024, à la charge de l'intimée.
6. Alloue au recourant une indemnité de CHF 3'500.-, à la charge de l'intimée.
7. Dit que la procédure est gratuite.
8. 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 de la santé publique par le greffe le