RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

**A/955/2020** **ATAS/646/2021**

# COUR DE JUSTICE

## Chambre des assurances sociales

# Arrêt du 22 juin 2021

**9ème Chambre**

En la cause

| | |
|---|---|
| Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Sarah BRAUNSCHMIDT SCHEIDEGGER | recourant |

contre

| | |
|---|---|
| OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE | intimé |

**Siégeant : Eleanor McGREGOR, Présidente; Andres PEREZ et Christine TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs**

## EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), ressortissant turc d'origine kurde né en 1975, s'est établi en Suisse en 1992. Il a travaillé pour plusieurs employeurs en tant que monteur-électricien et a obtenu un certificat fédéral de capacité (ci-après : CFC) dans ce métier en 2010.

2. Le 6 octobre 2017, l'assuré est tombé d'une échelle sur son poste de travail. Il a été admis aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), où un traumatisme cranio-cérébral mineur et des fractures des poignets ont été diagnostiqués. Il a subi une ostéosynthèse de l'extrémité distale du radius gauche le 10 octobre suivant.

   Divers médecins ont régulièrement attesté d'une incapacité de travail totale dès la date de l'accident, dont les suites ont été prises en charge par son assurance-accidents, la caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA).

3. Le 4 avril 2018, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI).

4. Le 23 avril 2018, l'assuré a été examiné par le docteur B_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la CNA, qui a constaté une très nette limitation de la force des deux poignets. La mobilité était également nettement limitée. Une algodystrophie était évoquée des deux côtés.

5. Dans un rapport du 25 avril 2018, le docteur C_____, médecin traitant de l'assuré, a indiqué que la mobilisation des poignets restait très limitée malgré la physiothérapie, le côté gauche étant pratiquement rigide, et des séquelles étaient à craindre sur ce plan. L'assuré avait mal au moindre mouvement. L'évolution était très lentement favorable. La capacité de travail restait nulle dans toute activité pour l'heure.

6. Dans un rapport du 27 avril 2018, un médecin du service de chirurgie de la main des HUG a posé les diagnostics de fractures de l'extrémité distale des deux radius. La prise en charge était terminée depuis le 14 février précédent, et la capacité de travail était totale dans l'activité de monteur-électricien du point de vue de la chirurgie de la main.

7. Selon un rapport du service d'intervention précoce de l'OAI faisant suite à un entretien du 19 juillet 2018 avec l'assuré, celui-ci avait de très bonnes connaissances dans le domaine de la téléphonie, dans la réalisation d'installations électriques, dans la domotique ainsi que dans la lecture de plans. Ses connaissances en français écrit étaient lacunaires et une mise à niveau en informatique pourrait être bénéfique. Plusieurs pistes avaient été discutées, comme des formations dans le dessin technique, dans la programmation, par exemple en qualité de télématicien, ou en tant que conseiller en sécurité électrique, dans le domaine de la surveillance, dans la vente et le conseil.

8. L'assuré a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR) du 12 juin au 11 juillet 2018. Dans leur rapport du 2 août 2018, les docteurs D_____ et E_____ ont posé les diagnostics de fracture déplacée de l'extrémité distale du radius et fracture styloïde cubitale à gauche, et de fracture de l'extrémité distale du radius avec petit arrachement postérieur du carpe à droite. L'assuré présentait les comorbidités suivantes : hypoacousie gauche, tabagisme actif, probable broncho-pneumopathie chronique obstructive (ci-après : BPCO), et douleurs de l'épaule droite au cours du séjour. Les médecins ont consigné les résultats de leurs examens cliniques. L'assuré se plaignait lors de son admission de douleurs des deux poignets aux mouvements, à type de serrements. Il avait des sensations de brûlures s'il faisait plus d'activités et signalait des fourmillements au niveau des doigts, ainsi qu'une limitation de la mobilité et une faiblesse généralisée de la main et des doigts des deux côtés. Il décrivait une baisse de moral. Au cours du séjour, les médecins n'avaient pas observé de signes vaso-moteurs ou trophiques évoquant une algodystrophie. S'agissant des douleurs de l'épaule, l'examen clinique était rassurant et la radiographie n'avait pas révélé de lésion. Aucune psychopathologie n'avait été mise en évidence. Les plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquaient principalement par les lésions objectives. La cotation importante de la douleur chez un assuré très centré sur cet aspect jouait un rôle important dans les plaintes et les limitations fonctionnelles rapportées, et influençait défavorablement le retour au travail. L'évolution tant subjective qu'objective était légèrement favorable. La participation avait été moyenne en physiothérapie et élevée en ergothérapie. Une discordance entre le comportement pendant l'examen et en-dehors (meilleure mobilité spontanée des poignets) était notée. Les limitations fonctionnelles provisoires suivantes étaient retenues : port de charges de 5 kg, mouvements nécessitant de la force des mains et des poignets, mouvements répétés des poignets. La stabilisation médicale était attendue dans un délai de six mois. Le consultant spécialisé en chirurgie de la main qui avait examiné l'assuré durant le séjour avait constaté que la fracture était consolidée à droite. À gauche, le matériel d'ostéosynthèse était en place, avec un trait de fracture encore visible et un interligne radio-carpien diminué. Les pentes radiales étaient globalement conservées. Il n'y avait pas d'indication à une intervention chirurgicale, il fallait poursuivre la rééducation. Le pronostic de réinsertion était défavorable dans l'ancienne activité en raison de facteurs médicaux, mais théoriquement favorable dans une activité adaptée. Une incapacité de travail a été attestée jusqu'au 11 août 2018.

9. Dans un questionnaire rempli le 7 septembre 2018, l'employeur a indiqué que le salaire de l'assuré était de CHF 32.- par heure, indemnités de 8.33 % pour vacances et de 8.33 % pour 13ème salaire non incluses. L'horaire était de huit heures par jour. Il espérait que l'assuré pourrait reprendre son poste de travail.

10. Dans un rapport du 10 septembre 2018, le Dr C_____ a fait état d'une régression, avec une augmentation des douleurs. Il pronostiquait des séquelles irréversibles en

raison de douleurs invalidantes des poignets et des paumes. L'incapacité de travail totale se poursuivait.

11. Selon une note du service d'intervention précoce de l'OAI du 27 novembre 2018, la situation médicale de l'assuré ne lui permettait pas de suivre une quelconque mesure et il faudrait du temps avant qu'elle ne se stabilise.

12. Dans un courrier du 11 décembre 2018 au Dr C_____, la doctoresse F_____, médecin au service de chirurgie de la main des HUG, a indiqué qu'aucun traitement chirurgical n'était proposé à l'assuré, qui restait réticent à tout traitement médicamenteux. Cliniquement, on retrouvait une main gauche luisante avec des ongles longs.

13. Dans son appréciation du 11 janvier 2019, le Dr B_____ a retenu que le retour à l'ancienne activité apparaissait impossible.

14. L'assuré a été examiné par les médecins de la Consultation de la douleur des HUG le 7 mai 2019, qui ont posé le diagnostic de douleurs chroniques des poignets. Depuis l'accident, l'assuré présentait des douleurs persistantes des deux poignets avec irradiations vers la paume de la main, décrites comme un serrement et une pulsation, soulagées par les massages, la chaleur et la consommation d'alcool. Les examens radiologiques montraient une bonne évolution des fractures. Les douleurs entraînaient surtout une limitation fonctionnelle avec une réduction notable de tous les mouvements des poignets. L'assuré signalait une difficulté à s'endormir, en lien avec des ruminations, et un réveil environ une fois par nuit. Son score à l'auto-questionnaire était compatible avec une insomnie modérée. Il se disait déprimé et abattu, il signalait des troubles de concentration. Il disait pleurer souvent. Un suivi psychothérapeutique avait débuté depuis six mois, que l'assuré considérait bénéfique. Son score de dépression à l'auto-questionnaire de Beck était compatible avec un épisode dépressif modéré. Les scores de qualité de vie du questionnaire SF36 montraient une diminution globale de tous les aspects de la qualité de vie. À l'examen des poignets, il n'y avait ni érythème, ni œdème. La palpation des poignets était diffusément douloureuse. La force des doigts était diminuée et la sensibilité conservée, avec des paresthésies diffuses de tous les doigts. La limitation fonctionnelle et la kinésiophobie mises en évidence à l'examen clinique pourraient faire suspecter une sensibilisation centrale comme origine aux douleurs. Ces médecins ont proposé des adaptations médicamenteuses après une évaluation psychiatrique et une reprise de la physiothérapie axée sur un travail actif avec des exercices visant une amélioration fonctionnelle.

15. Le 7 juin 2019, le Dr C_____ a indiqué à l'OAI que l'état de santé de l'assuré s'était aggravé, avec un changement dans les diagnostics. Il y avait une légère diminution des douleurs mais pas d'évolution significative (*sic*). La capacité de travail restait nulle en tant qu'électricien, et l'assuré disait ne pas pouvoir faire de travaux manuels ni écrire à l'ordinateur. Une reprise d'activité n'était pas possible pour ce motif. La concordance entre les plaintes et l'examen clinique était bonne.

16. Le 11 juin 2019, Madame G_____, physiothérapeute, a adressé un rapport à la CNA, dans lequel elle a fait état d'une utilisation des mains très limitée, la mobilisation étant très douloureuse. La physiothérapie n'avait pas d'effet sur la douleur, problème principal de l'assuré, de sorte qu'elle avait demandé un suivi spécifique au médecin traitant sur ce point.

17. Dans un rapport du 14 octobre 2019, le Dr C_____ a mentionné un statu quo depuis juin 2019. Le pronostic était sombre du point de vue du travail.

18. Une radiographie réalisée le 8 novembre 2019 a révélé au poignet droit une absence de solution de continuité, et un aspect traduisant une consolidation du foyer fracturaire avec néanmoins la mise en évidence d'un léger index radio-cubital positif. À gauche, le foyer fracturaire était consolidé.

19. À la même date, le Dr B_____ a examiné l'assuré. Ce dernier se plaignait de douleurs des deux poignets, particulièrement lors de mouvements brusques. La mobilisation d'une charge de 5 kg déclenchait des douleurs. Il n'avait pas repris la conduite automobile. Lors du status, le médecin a noté l'absence de signe clinique en faveur d'une algodystrophie. Les diagnostics étaient ceux de fractures des deux poignets et de possible *Complex Regional Pain Syndrom* (ci-après : CRPS) du poignet gauche, avec raideur. L'évolution n'était pas favorable, avec une aggravation de la mobilité par rapport au dernier examen, dans un contexte de crainte de l'assuré à la mobilisation. Celui-ci souhaitait reprendre la physiothérapie, dont l'intérêt ne semblait cependant pas très évident. Deux ans après l'événement, les fractures étaient bien consolidées et on ne constatait pas de signe d'arthrose radio-carpienne évident sur les clichés. Au plan professionnel, l'ancienne activité de monteur-électricien n'était plus exigible, compte tenu des douleurs des deux poignets. Dans une activité professionnelle réalisée indifféremment en position assise ou debout, avec port ponctuel de charges limitées à 2 kg sur les deux poignets, en ayant la possibilité de conserver des bracelets de soutien, on pouvait s'attendre à la reprise d'une activité professionnelle à plein temps sans baisse de rendement.

20. Le 22 novembre 2019, le Dr C_____ a qualifié l'état de l'assuré de stationnaire. Sa capacité de travail était nulle dans toute activité.

21. Le 11 décembre 2019, le docteur H_____, spécialiste FMH en psychiatrie et médecin d'arrondissement de la CNA, a procédé à l'examen de l'assuré.

    L'assuré décrivait une évolution plus favorable sur le plan psychique que sur le plan somatique. Il voyait un psychiatre et une psychologue depuis environ dix mois. Un psychotrope lui avait été prescrit au début, qu'il avait arrêté depuis quatre mois, car il estimait qu'il allait mieux. Ses plaintes spontanées étaient avant tout les douleurs du poignet. Son moral avait été très bas quelque temps auparavant, car il avait du mal à accepter et se voyait définitivement handicapé. Cependant, grâce notamment au traitement psychiatrique et à la médication, il avait pu commencer à faire un deuil et à essayer de vivre avec son handicap. Il conservait quand même

quelques inquiétudes quant à son avenir, notamment sur les plans professionnel et financier. Alors qu'auparavant, il avait tendance à rester cloîtré chez lui, à s'isoler, il était redevenu plus actif, sortait et avait recommencé à se socialiser régulièrement. Il décrivait un moral bon la plupart du temps. Il n'exprimait aucune culpabilité et ne signalait pas de fatigue particulière. Il signalait des oublis fréquents, mais pas vraiment de problème de concentration. Le sommeil était bon. Les ruminations concernant l'avenir n'étaient pas envahissantes, ni quotidiennes. Elles étaient en phase avec le contexte existentiel particulier et pouvaient être considérées comme normales.

À l'issue de son examen, le Dr H_____ n'a retenu aucun diagnostic psychique. La capacité de travail de l'assuré était totale au plan psychique. Il a précisé qu'il avait noté lors de l'examen une exclusion / non utilisation quasiment complète des deux membres supérieurs, ce qui pourrait être le signe d'un processus d'invalidation.

22. Le 11 décembre 2019, le Dr C_____ a rapporté des douleurs et une diminution fonctionnelle des mains. L'assuré ne pourrait plus travailler en qualité d'électricien.

23. Dans une note du 13 janvier 2020, l'OAI a retenu que la capacité de travail de l'assuré était nulle dans l'activité de monteur-électricien. Toutefois, dans une activité strictement adaptée et respectant les limitations fonctionnelles retenues par le Dr B_____, la capacité de travail était entière sans baisse de rendement depuis février 2018.

    L'OAI a calculé le degré d'invalidité. Pour le revenu après invalidité, il s'est référé au revenu tiré d'activités simples et répétitives selon l'ESS 2016 de CHF 67'430.- (TA1_tirage_skill_level, ligne Total, niveau 1) adapté à la durée normale de travail de 41.7 heures et indexé à 2018. Les conditions pour un abattement n'étaient pas remplies. Le revenu sans atteinte à la santé était de CHF 72'106.60 (soit CHF 32.- par heure, multiplié par 40 heures par semaine et 52 semaines par an, plus le 13ème salaire) en 2017 et de CHF 72'460.- en 2018. La comparaison de ces revenus aboutissait à un taux d'invalidité de 6.94 %.

24. Le 13 janvier 2020, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision niant le droit à des prestations. Il a retenu que celui-ci disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès février 2018. Il a repris son calcul d'invalidité, lequel aboutissait à un taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente et à des mesures de reclassement. Il y avait lieu de considérer qu'un marché équilibré du travail offrait un nombre significatif d'activités simples et légères, accessibles sans formation particulière.

25. Le 24 janvier 2020, l'assuré a contesté le projet de décision de l'OAI. Il a souligné qu'il n'était toujours pas en état de travailler et que son traitement se poursuivait. Il n'avait pas d'autre formation que celle d'électricien.

26. Dans un rapport du 10 février 2020, le docteur I_____, spécialiste FMH en psychiatrie, a indiqué qu'il suivait l'assuré en psychothérapie déléguée depuis septembre 2018. Celui-ci restait handicapé des deux mains, avec des douleurs

persistantes. Le diagnostic était celui d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F 32.2). L'assuré se plaignait d'insomnies avec réveils nocturnes à cause des douleurs aux poignets. Il présentait un ralentissement psychomoteur marqué, une fatigabilité, une nervosité et des ruminations anxieuses. Le langage spontané était pauvre. Il y avait des troubles de la concentration et de la mémoire, une humeur dépressive, une tristesse, une perte d'énergie, de plaisir, de volonté, d'intérêt, un manque d'estime de soi, et un profond sentiment d'inutilité après l'accident et l'arrêt de son travail qui le valorisait. Il luttait contre le pessimisme et s'accrochait à sa famille, qui le soutenait beaucoup. Ce médecin considérait l'assuré totalement incapable de travailler dans toute activité. Il consacrait toute son énergie psychique à se soigner et à gérer le quotidien. Il n'avait plus de ressources psycho-cognitives ni de capacités d'adaptation pour se confronter aux exigences du monde professionnel. Le psychiatre préconisait un stage d'observation.

27. Dans un courrier du 5 février 2020, le Dr C_____ a fait part à l'OAI de son désaccord avec le projet de décision adressé à l'assuré. Il n'avait pas constaté de progrès significatif depuis 2019. L'assuré se plaignait de douleurs continuelles exacerbées par les mouvements, par le froid et par l'écriture. Il n'arrivait plus à s'appuyer sur la paume de ses mains, à serrer les poings et les mains, ni à soulever des poids. Il avait besoin de poursuivre la physiothérapie. En raison de son accident, il avait sombré dans une dépression réactionnelle.

28. Par courrier du 13 février 2020, l'assuré a derechef manifesté son désaccord avec la position de l'OAI. Il était erroné de retenir une capacité de travail complète depuis février 2018. Il était établi qu'il ne pouvait pas poursuivre son métier d'électricien, et aucun emploi adapté – dont il ne voyait pas en quoi il consisterait – ne lui avait été proposé. Il a décrit ses limitations. Il s'est dit découragé de ne plus pouvoir travailler en qualité d'électricien, alors qu'il avait été un bon travailleur. Il s'est référé aux certificats des Drs C_____ et I_____ et a invité l'OAI à le faire bénéficier d'un stage d'observation et à lui octroyer des mesures de réadaptation, et à le soumettre à une expertise avant de déterminer son droit à la rente.

29. Dans un avis du 18 février 2020, la Dresse J_____ a considéré que le rapport du Dr C_____ n'amenait aucun élément médical nouveau. Le Dr B_____ avait émis des conclusions précises et défini l'exigibilité. Le Dr H_____ n'avait pas retenu d'atteinte psychiatrique. L'assuré avait tout au plus présenté durant quelques mois un trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse et dépressive fin 2018, mais l'évolution avait été favorable dès le printemps 2019. L'assuré avait arrêté ses médicaments psychotropes depuis août 2019, se sentant mieux. Il n'y avait ainsi pas de limitations fonctionnelles psychiatriques à retenir sur le long terme. Le service médical de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) maintenait ainsi ses conclusions.

30. Par décision rendue à la même date, l'OAI a confirmé les termes de son projet. S'agissant de la capacité de travail dans une activité adaptée, il s'est référé à l'avis du SMR du jour.

31. Par écriture du 16 mars 2020, l'assuré a interjeté recours contre la décision de l'OAI auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : CJCAS). Il a conclu, sous suite de dépens, préalablement à l'octroi d'un délai pour compléter son recours, et principalement à l'allocation d'une demi-rente d'invalidité et de mesures professionnelles.

32. La CNA a mis un terme au versement d'indemnités journalières et à la prise en charge du traitement médical au 30 avril 2020.

33. Par décision sur opposition du 8 mai 2020, la CNA a confirmé l'exigibilité d'une activité adaptée et le refus de rente, la perte de gain de l'assuré étant inférieure à 10 %.

34. L'assuré a complété son recours par écriture du 29 mai 2020. Il a conclu, sous suite de dépens, à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire psychiatrique et neurologique, à l'octroi d'une rente entière jusqu'au 31 mars 2020, puis d'une demi-rente et de mesures professionnelles.

    Il a soutenu que l'OAI avait fondé sa décision exclusivement sur la prise de position de la CNA du mois de novembre 2019 et sur un avis isolé des HUG. Il n'avait pas tenu compte des avis détaillés et argumentés des médecins traitants et de sa physiothérapeute. Le Dr B_____ avait posé le diagnostic de possible CRPS, sans autre indication ni investigation. Curieusement, il n'avait mentionné aucune limitation des mouvements des poignets ou des mains alors qu'à l'examen clinique, il avait constaté une mobilité limitée. On ne voyait pas comment une personne atteinte aux poignets et ne pouvant soulever des objets ou tourner ses mains pourrait travailler à l'établi, en motricité fine, ou utiliser un clavier. Il n'existait pratiquement aucune activité qui permette de ne pas utiliser au moins une main. Le recourant, se référant à une publication des HUG, a émis plusieurs considérations sur le CRPS, soutenant que la nature de cette maladie aurait dû conduire à la mise en œuvre d'une expertise neurologique. Il a reproché à l'OAI d'avoir suivi entièrement le rapport de la CNA, lequel ne permettait toutefois pas de fixer une date d'exigibilité de l'activité adaptée. L'intimé avait ainsi retenu le mois de février 2018 en se fondant sur un avis lacunaire des HUG, dont le signataire n'avait pas vu le recourant et s'était uniquement fondé sur l'absence de suivi en chirurgie. Or, tous les médecins consultés avaient clairement affirmé que l'activité de monteur-électricien n'était plus possible. L'intimé n'avait pas tenu compte de l'avis du Dr H_____, lequel retenait un épisode dépressif et anxieux en lien avec l'accident, qui s'était progressivement amendé à l'été 2019. Le Dr I_____ attestait une incapacité de travail totale en février 2020. Ainsi, l'intimé ne pouvait pas faire l'économie d'une instruction médicale plus poussée. En outre, compte tenu de l'atteinte, survenue chez une personne exerçant une activité manuelle sans autre formation, les limitations fonctionnelles devaient être examinées concrètement par des maîtres d'observation professionnelle. Le recourant s'est dit extrêmement motivé à trouver un travail. Il avait été un employé apprécié et compétent. Il parlait bien le français et était apte à apprendre un nouveau métier ou une formation complémentaire dans

sa branche. En outre, l'impact de son inactivité professionnelle sur sa santé psychique avait été clairement mise en avant par les psychiatres, et les mesures de réadaptation étaient également nécessaires pour éviter une dégradation de son état de santé psychique pouvant conduire à une invalidité permanente.

35. Dans sa réponse du 6 juillet 2020, l'OAI a conclu au rejet du recours. Sa décision trouvait notamment son fondement dans le rapport de la CRR, qui avait établi les limitations fonctionnelles et qui devait se voir reconnaître une pleine valeur probante. Lors de l'examen psychiatrique du Dr H_____, le recourant avait indiqué se sentir mieux. Les récents rapports des médecins traitants n'amenaient aucun nouvel élément médical objectif selon l'avis du SMR du 18 février 2020. S'agissant de l'expertise neurologique demandée par le recourant, le Dr B_____ n'avait évoqué le diagnostic de CRPS qu'à titre de possibilité, sans considérer que des investigations plus poussées fussent nécessaires. Une expertise psychiatrique et neurologique paraissait ainsi superflue.

36. Par écriture du 25 septembre 2020, l'assuré a persisté dans ses conclusions. Les médecins de la Consultation de la douleur des HUG avaient retenu le 7 mai 2019 un état dépressif à tout le moins modéré. La date arbitraire retenue par l'intimé pour l'amélioration de l'état de santé, soit février 2018, était manifestement erronée. L'état de santé et son évolution dans le temps n'avaient pas été suffisamment instruits. L'OAI ne s'était pas prononcé sur les mesures professionnelles.

    Dans le certificat du 19 juin 2020 produit par l'assuré à l'appui de son écriture, le Dr I_____ a rapporté que l'état psychique de celui-ci s'était un peu amélioré sous traitement par rapport à celui décrit dans son rapport du 10 février 2020, et le recourant avait dit ne plus prendre de médicament antidépresseur depuis environ début avril 2020. S'agissant de l'expertise du Dr H_____, le psychiatre traitant a soutenu que le diagnostic aurait dû être celui d'épisode dépressif en rémission partielle (F 32.4), eu égard à l'état dépressif et à la persistance de quelques symptômes anxieux, soit les ruminations interrogatives et inquiètes, sans toutefois que cela ne change les conclusions quant à la capacité de travail au plan psychique. Depuis l'examen du Dr H_____, l'état du recourant s'était aggravé en raison de plusieurs courriers des assurances qui l'avaient perturbé et avaient accentué ses soucis pour son avenir. Depuis le 28 avril 2020, date de fin de la thérapie, l'assuré avait tout de même pu se ressaisir. Le psychiatre restait d'avis que l'état psychique du recourant était entièrement influencé par le handicap provoqué par l'accident en décembre 2017. Il a cité plusieurs rapports médicaux faisant état des limitations fonctionnelles de l'assuré, soutenant que ces éléments allaient à l'encontre de l'exigibilité d'une activité adaptée, qui restait assez théorique. Il se demandait quelle activité ne nécessiterait pas l'usage des deux mains.

37. Par écriture du 10 novembre 2020, l'OAI a persisté dans ses conclusions. Il s'est référé à un avis du SMR du 20 octobre 2020, qu'il a produit. S'agissant des mesures professionnelles, au vu du nombre significatif d'activités simples et légères accessibles sans aucune formation particulière sur un marché équilibré du travail, la

mise en place de mesures professionnelles ne serait ni simple ni adéquate, et ne permettrait pas de réduire le dommage.

Dans l'avis joint, la Dresse J_____ a souligné que le Dr I_____ relatait une aggravation passagère de l'état de santé psychique après décembre 2019, résolue en avril 2020, liée principalement à la réception des décisions des assurances, soit une aggravation passagère de type réactionnel sans conséquences à long terme sur la capacité de travail du recourant. Par ailleurs, il n'y avait pas de description d'un status clinique permettant de préciser l'intensité de cette aggravation et de remettre en question les conclusions de l'expertise psychiatrique du Dr H_____. D'ailleurs, l'assuré avait arrêté son traitement antidépresseur et la psychothérapie dès avril 2020. Le psychiatre retenait des limitations fonctionnelles liées aux problèmes somatiques et non psychiques.

38. Par observations du 11 janvier 2021, l'assuré s'est référé à un rapport du Dr I_____ du 3 janvier 2021, qu'il a produit. Il a soutenu que le Dr B_____ semblait retenir une majoration des symptômes ou une mauvaise compliance, puisqu'il faisait état d'une aggravation de la mobilité par rapport à l'examen antérieur. Le médecin d'arrondissement se trouvait ainsi face à une situation qui lui semblait réglée sur le plan orthopédique avec des limitations et douleurs pour lesquelles il ne trouvait pas d'étiologie. Il fixait ainsi la capacité de travail que le recourant devrait avoir au vu de l'absence de problème orthopédique ou d'autre explication médicale. C'était ainsi l'absence de diagnostic somatique clair qui influençait son avis. Or, l'assuré avait exercé avec compétence un métier qu'il aimait jusqu'à son accident. Il souhaitait retravailler. Il n'avait ainsi aucune raison de feindre ou amplifier ses douleurs, et aucun symptôme de cet ordre n'avait été retenu par les psychiatres. Le diagnostic de CRPS changerait sa capacité de travail théorique fixée par le Dr B_____. Il persistait ainsi dans sa demande d'expertise judiciaire. Il était choquant que toute prestation soit refusée à un assuré privé de l'usage de ses deux mains, sans qu'une piste diagnostique évoquée par plusieurs spécialistes ne soit examinée sérieusement. Il invitait l'OAI à indiquer précisément quelle activité ou à tout le moins quelle ligne des tabelles statistiques prises en compte pour le calcul de l'invalidité pouvait être exercée sans utilisation des deux mains, compte tenu de son degré de formation. Il a reproché à l'OAI l'absence d'abattement sur le salaire statistique, alors qu'il était évident qu'il avait des limitations fonctionnelles importantes aux deux mains. Il requérait également des mesures professionnelles.

    Dans son rapport du 3 janvier 2021 annexé aux observations de l'assuré, le Dr I_____ a précisé qu'il n'avait pas décrit l'aggravation car elle était transitoire, et les limitations fonctionnelles liées à des problèmes somatiques étaient celles qui importaient, raison pour laquelle il s'était référé aux rapports du Dr C_____ et de la physiothérapeute. Il a répété qu'il était capital d'organiser un stage d'observation professionnelle.

39. La chambre de céans a transmis cette écriture à l'intimé le 14 janvier 2021.

## EN DROIT

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.

2. La modification du 21 juin 2019 de la LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2021. Dès lors que le présent recours était pendant devant la chambre de céans à cette date, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 83 LPGA).

3. Déposé dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56ss LPGA), le recours est recevable.

4. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations d'invalidité.

5. Aux termes de l'art. 8 al. 1er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. En vertu de 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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. 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 et art. 28 al. 2 LAI).

6. Conformément à l'art. 8 al. 1er LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels, et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies.

   Les mesures d'ordre professionnel comprennent l'orientation professionnelle (art. 15 LAI), la formation professionnelle initiale (art. 16 LAI), le reclassement (art. 17 LAI) et le placement (art. 18 LAI).

   Aux termes de l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession lorsque son invalidité rend cette mesure nécessaire, et que sa capacité de

gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable. L'art. 6 al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI - RS 831.201) définit les mesures de reclassement comme les mesures de formation destinées à des assurés qui en ont besoin, en raison de leur invalidité, après achèvement d'une formation professionnelle initiale ou après le début de l'exercice d'une activité lucrative sans formation préalable, pour maintenir ou pour améliorer leur capacité de gain. La jurisprudence a apporté une précision à cette définition en indiquant que le concept de reclassement recouvre l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité (ATF 124 V 108 consid. 2a). Dès lors, en règle générale, l'assuré ne peut pas prétendre à la meilleure formation possible dans son cas, la loi ne visant en effet qu'à assurer les mesures de réadaptation qui sont nécessaires et suffisantes compte tenu du cas d'espèce (ATF 121 V 258 consid. 2c).

De plus, il faut que l'invalidité soit d'une certaine gravité pour que le droit à des mesures de réadaptation soit ouvert. La jurisprudence a ainsi fixé le seuil d'invalidité à partir duquel des mesures de réadaptation doivent être octroyées à 20 % (ATF 130 V 488 consid. 4.2 ; ATF 124 V 108 consid. 3a).

Le droit à une mesure de réadaptation déterminée de l'assurance-invalidité présuppose qu'elle soit appropriée au but de réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, et cela tant objectivement en ce qui concerne la mesure que subjectivement en rapport avec la personne de l'assuré. En effet, une mesure de réadaptation ne peut être efficace que si la personne à laquelle elle est destinée est susceptible, partiellement au moins, d'être réadaptée. Partant, si l'aptitude subjective de réadaptation de l'assuré fait défaut, l'administration peut refuser de mettre en œuvre une mesure ou y mettre fin (arrêt du Tribunal fédéral 9C_846/2018 du 29 novembre 2019 consid. 5.1).

7. En vertu de l'art. 28 al. 1er LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à 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.

8. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou 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 incapable de travailler. 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 ; ATF 115 V 133 consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral 8C_713/2019 du 12 août 2020 consid. 5.2).

b. 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 convient que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3 ; ATF 122 V 157 consid. 1c). Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d).

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

d. S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par

l'administration ou un 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 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 9C_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2).

9. L'art. 16 LPGA prévoit que, 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. Il s'agit là de la méthode dite de comparaison des revenus, qu'il convient d'appliquer aux assurés exerçant une activité lucrative (ATF 128 V 29 consid. 1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 128 V 174 consid. 4a).

   Le revenu sans invalidité se détermine pour sa part en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'intéressé aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). 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 sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 428/06 du 25 mai 2007 consid. 7.3.3.1). 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 des ESS éditées par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3).

   Pour déterminer le revenu d'invalide de l'assuré, il faut en l'absence d'un revenu effectivement réalisé se référer aux données salariales, telles qu'elles résultent des ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b). Il y a lieu de procéder à une réduction des salaires statistiques lorsqu'il résulte de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité ou catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) que le revenu que pourrait toucher l'assuré en mettant en valeur sa capacité résiduelle de travail est inférieur à la moyenne. Un abattement global maximal de 25 % permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b).

On peut rappeler les principes suivants s'agissant des différents facteurs devant être pris en considération dans l'établissement de l'abattement.

S'agissant du critère des années de service, il a pour but de tenir compte du fait qu'une personne qui débute dans une entreprise ne réalise en général pas un salaire moyen (Ulrich MEYER / Marc REICHMUTH, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3ème éd., 2014, n. 108 ad art. 28a LAI). À titre d'exemple, le Tribunal fédéral a retenu que ce facteur justifiait une déduction de 5 % dans le cas d'une assurée âgée de 46 ans (arrêt du Tribunal fédéral 9C_160/2014 du 30 juin 2014 consid. 5.3). Toutefois, les années de service ne constituent pas le seul critère de fixation du salaire dans une nouvelle profession, l'expérience acquise lors des précédentes activités professionnelles a une influence tout aussi importante. En outre, l'incidence des années de service est moins élevée lorsque le profil d'exigences est bas. Ce paramètre n'est pas pertinent s'agissant des activités de niveau 1 (ou 4 avant 2012) de l'ESS (arrêt du Tribunal fédéral 9C_874/2014 du 2 septembre 2015 consid. 3.3.2 et les références).

En ce qui concerne les limitations fonctionnelles, il est notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tes ; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2013 du 22 août 2013 consid. 5.3).

10. Savoir s'il y a lieu de procéder à un abattement sur le salaire statistique en raison de circonstances particulières liées au handicap de la personne ou d'autres facteurs est une question de droit. L'étendue de l'abattement du salaire statistique dans un cas concret constitue en revanche une question relevant du pouvoir d'appréciation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_633/2016 du 28 décembre 2016 consid. 5.2). Il y a excès ou abus du pouvoir d'appréciation si l'autorité cantonale a retenu des critères inappropriés, n'a pas tenu compte de circonstances pertinentes, n'a pas procédé à un examen complet des circonstances pertinentes ou n'a pas usé de critères objectifs (ATF 130 III 176 consid. 1.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_847/2018 du 2 avril 2019 consid. 6.2.3).

Les tribunaux cantonaux des assurances au sens de l'art. 57 LPGA, qui constituent l'autorité de recours ordinaire dans la très grande majorité des cas relevant des assurances sociales, doivent disposer d'un pouvoir d'examen identique à celui du Tribunal administratif fédéral, et ce notamment au regard du principe constitutionnel de l'égalité de traitement de tous les assurés. Cela s'impose d'autant plus que le domaine des assurances sociales comprend de nombreuses situations – dont l'abattement sur le revenu d'invalide en matière d'assurance-invalidité constitue un exemple flagrant – dans lesquelles l'administration dispose d'une marge d'appréciation importante, dont l'application doit pouvoir être contrôlée par l'autorité de recours de première instance (ATF 137 V 71 consid. 5.2).

Contrairement au pouvoir d'examen du Tribunal fédéral, celui de l'autorité judiciaire de première instance n'est ainsi pas limité dans ce contexte à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative (*Angemessenheitskontrolle*). En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité a adoptée dans un cas concret dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. À cet égard, le juge des assurances sociales ne peut sans motif pertinent substituer sa propre appréciation à celle de l'administration. Il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (arrêts du Tribunal fédéral 9C_690/2016 du 27 avril 2017 consid. 3.2 et 9C_855/2014 du 7 août 2015 consid. 4.2 et 4.3). Ainsi, lorsque la juridiction cantonale examine l'usage qu'a fait l'administration de son pouvoir d'appréciation pour fixer l'étendue de l'abattement sur le revenu d'invalide, elle doit porter son attention sur les différentes solutions qui s'offraient à l'OAI et voir si un abattement plus ou moins élevé serait mieux approprié et s'imposerait pour un motif pertinent, sans toutefois substituer sa propre appréciation à celle de l'administration (arrêt du Tribunal fédéral 9C_637/2014 du 6 mai 2015 consid. 4.2).

11. En l'espèce, l'intimé a fixé le degré d'invalidité du recourant en tenant compte d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée, se référant aux limitations fonctionnelles définies par le Dr B_____.

    Ce dernier a retenu que l'exercice d'une activité adaptée était possible. Il a émis ces conclusions au terme d'un examen clinique réalisé après avoir pris connaissance du dossier et de l'historique médicaux du recourant et recueilli ses plaintes, de sorte que son rapport contient tous les éléments nécessaires au plan formel pour se voir reconnaître pleine valeur probante.

    En ce qui concerne le diagnostic de CRPS, atteinte également connue sous le nom d'algodystrophie ou de maladie de Sudeck (arrêt du Tribunal fédéral 8C_528/2016 du 31 octobre 2016 consid. 4.2), évoqué par le Dr B_____, on rappellera en premier lieu qu'il l'a uniquement qualifié de possible. En outre, l'évocation de cette atteinte paraît en contradiction avec le fait qu'il n'a précisément pas constaté de signes d'algodystrophie lors de son examen, à l'instar du reste des médecins de la CRR. Ce diagnostic n'est retenu par aucun autre médecin, en particulier ni par le Dr C_____, ni par les médecins de la Consultation de la douleur. Dans ces circonstances, il n'y a pas lieu de procéder à des investigations supplémentaires pour exclure formellement une telle atteinte. C'est ici le lieu de souligner qu'on peine à saisir la critique du recourant à l'encontre des conclusions du Dr B_____, à qui il reproche d'avoir fondé son appréciation sur l'absence de diagnostic somatique. En effet, un médecin appelé à se déterminer sur la capacité de travail d'un assuré est précisément chargé de définir dans quelle mesure une activité est exigible en fonction des atteintes objectivement constatées.

Les autres rapports des médecins ne permettent pas de s'écarter de l'exigibilité établie par le médecin d'arrondissement. Les médecins de la CRR avaient eux aussi qualifié le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée de favorable lors du séjour du recourant. S'agissant du Dr C_____, il ne fait pas état de diagnostic qui aurait été ignoré par le Dr B_____, et il exclut la reprise d'une activité en raison des douleurs, malgré la consolidation des fractures. Le Dr I_____ a également fondé l'incapacité de travail à laquelle il conclut sur les douleurs somatiques. Or, si les effets d'une symptomatologie douloureuse objectivable ou non (par imagerie médicale) sur la capacité de travail restent vagues et indéterminés malgré des investigations consciencieuses et complètes, et si les limitations ne peuvent pas être justifiées autrement que par les données subjectives fournies par la personne assurée, la preuve du fondement de la prétention n'est pas apportée et n'est pas rapportable. L'absence de preuve correspondante doit être supportée par la personne assurée (ATF 140 V 290 consid. 4.2).

Au plan psychiatrique, le Dr H_____ a exclu tout diagnostic de cet ordre lors de son examen de décembre 2019, en soulignant que le moral du recourant allait mieux depuis quelque temps, et qu'il avait pu cesser son traitement psychotrope quatre mois plus tôt. Le Dr I_____ se contente en substance d'affirmer que le diagnostic qui aurait dû être retenu par son confrère était celui d'épisode dépressif en rémission partielle au vu des troubles passés, en admettant toutefois que cela n'avait pas d'incidence sur la capacité de travail du recourant. Ce psychiatre traitant a également admis que l'aggravation de l'état psychique du recourant entre décembre 2019 et avril 2020 n'était que transitoire et réactionnelle, le traitement ayant du reste pris fin à cette dernière date. Comme on l'a vu, ses conclusions quant à la capacité de travail du recourant ne sont pas dictées par des motifs psychiques mais somatiques, si bien qu'on doit admettre que la capacité de travail du recourant au plan psychique était entière quelque temps avant l'expertise du Dr H_____ déjà.

Dans ces circonstances, il est superfétatoire d'ordonner une expertise psychiatrique et neurologique, par appréciation anticipée des preuves (arrêt du Tribunal fédéral 9C_97/2020 du 10 juin 2020 consid. 3.2).

Compte tenu de ce qui précède, la chambre de céans se ralliera à l'appréciation des médecins de la CNA et du SMR, selon laquelle le recourant est apte à reprendre une activité lucrative adaptée à temps complet.

En revanche, on ne saurait suivre l'intimé en tant qu'il fixe le début de l'exigibilité à février 2018. Un médecin des HUG a certes indiqué que le traitement chirurgical était terminé à cette date (cf. rapport du 27 avril 2018 ; *supra* consid. 6). Ce rapport suscite toutefois des doutes, dès lors qu'il conclut à une reprise possible de l'activité de monteur-électricien, que les autres médecins ont pourtant unanimement exclue. En outre, il est patent que l'état de santé du recourant n'était alors pas stabilisé, le traitement – notamment la physiothérapie – devant se poursuivre. L'intimé l'admettait du reste dans sa note du 27 novembre 2018.

En vertu de l'art. 16 de la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20), l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2). Dans l'assurance-accidents, l'obligation de diminuer le dommage liée à l'exigibilité d'une activité dans une autre profession ou un autre domaine ancrée à l'art. 6 LPGA n'est pas applicable selon une partie de la doctrine. Dans ce domaine, l'assuré bénéficie en vertu de l'art. 16 LAA d'une relative protection (*Berufsschutz*), si bien que la capacité de travail s'analyse en fonction de l'empêchement dans l'activité habituelle, et une des conditions de l'exigibilité du changement d'activité est que l'état de santé soit stabilisé (Marc HÜRZELER *in* Basler Kommentar, Unfallversicherungsgesetz, 2019, n. 23 ad art. 16 LAA). La loi ne précise pas ce qu'il faut entendre par une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré. Le terme « sensible » tend à spécifier qu'il doit s'agir d'une amélioration significative, un progrès négligeable étant insuffisant (ATF 134 V 109 consid. 4.3). Ni la simple possibilité qu'un traitement médical donne des résultats positifs, ni l'avancée minime que l'on peut attendre d'une mesure thérapeutique ne confèrent à un assuré le droit de recevoir de tels soins (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 244/04 du 20 mai 2005 consid. 2). Il n'y a pas d'amélioration sensible de l'état de santé quand la mesure thérapeutique, par exemple une cure annuelle, ne fait que soulager momentanément des douleurs occasionnées par un état par ailleurs stationnaire (arrêt du Tribunal fédéral 8C_179/2014 du 16 mars 2015 consid. 4.1). Des troubles chroniques ne font pas obstacle à la reconnaissance d'un état de santé par ailleurs stationnaire (arrêt du Tribunal fédéral 8C_734/2014 du 23 novembre 2015 consid. 4.2).

Le présent litige porte certes sur le droit aux prestations de l'assurance-invalidité, et non de l'assurance-accidents. Cependant, la jurisprudence a retenu dans des causes relevant de l'assurance-invalidité que tant que l'état de santé de l'assuré n'est pas stabilisé, l'examen porte sur la capacité de travail dans l'activité habituelle, et qu'il doit porter sur la capacité de travail exigible dans une activité adaptée depuis sa stabilisation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_881/2010 du 23 août 2011 consid. 3.2 ; ATAS/56/2016 du 27 janvier 2016 consid. 10 ; cf. également ATAS/784/2016 du 29 septembre 2016 consid. 11).

Il y a ainsi lieu de déterminer à quelle date l'état de santé du recourant était stabilisé pour fixer la date dès laquelle la reprise d'une activité adaptée est exigible. La physiothérapeute relevait en juillet 2019 le manque d'efficacité de ce traitement sur la problématique centrale du recourant, soit ses douleurs. Lors de son dernier examen du 8 novembre 2019, le Dr B_____ n'a pas retenu d'indication à la poursuite de la physiothérapie, et n'a pas proposé d'autre traitement. À cette date, aucun des médecins traitants ne formulait de proposition thérapeutique précise. Le

Dr C_____ a également qualifié l'état du recourant de stationnaire en novembre 2019.

Partant, au vu des rapports médicaux, on peut admettre que c'est en novembre 2019 que l'état du recourant s'est stabilisé. Jusqu'à cette date, il y a lieu de retenir une incapacité de travail totale dans toute activité.

Le recourant a ainsi droit à une rente entière d'invalidité dès le 1er octobre 2018, soit six mois après sa demande de prestations, jusqu'à fin février 2020, soit trois mois après la stabilisation de son état de santé. En effet, selon la jurisprudence, l'art. 17 LPGA sur la révision d'une rente en cours s'applique également à la décision par laquelle une rente échelonnée dans le temps est accordée à titre rétroactif (arrêt du Tribunal fédéral 9C_832/2011 du 24 février 2012 consid. 4 et les références). Dans un tel cas, la date de la modification est déterminée conformément à l'art. 88*a* RAI. Selon l'alinéa premier de cette disposition, si la capacité de gain d'un assuré s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès que l'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période ; il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (arrêt du Tribunal fédéral 9C_134/2015 du 3 septembre 2015 consid. 4.1).

12. Il convient ensuite d'examiner le degré d'invalidité du recourant dès le 1er mars 2020.

S'agissant de l'activité exigible dès cette date, contrairement à ce que le recourant allègue, ses limitations fonctionnelles ne sont pas telles qu'il serait entièrement privé de l'usage de ses mains. Ni les médecins de la CRR, ni le Dr B_____ n'ont proscrit totalement les activités exigeant des mouvements des mains ou des poignets. Dans le cas d'un assuré ayant également subi des fractures des deux poignets entraînant des limitations fonctionnelles liées aux travaux exigeant de la force et l'utilisation répétitive des deux poignets, la jurisprudence a confirmé qu'il n'était pas irréaliste de retenir l'exigibilité d'une activité adaptée, à l'aune d'un marché équilibré du travail (arrêt du Tribunal fédéral 8C_175/2017 du 30 octobre 2017). On admettra ainsi que le recourant serait en mesure de réaliser le revenu statistique tiré d'activités simples et répétitives pour un homme (ESS 2018, TA1_tirage_skill_level, niveau 1), soit CHF 5'417.- par mois et CHF 65'004.- annualisé. Ce revenu est de CHF 68'377.- une fois indexé à 2019 et adapté à la durée normale de travail de 41.7 heures.

L'intimé n'a procédé à aucun abattement sur ce revenu, affirmant que les conditions n'étaient pas réalisées. Sur ce point, il ne peut être suivi. En effet, il n'est pas contesté que le recourant présente des limitations fonctionnelles relativement significatives. Au vu de cet élément et du critère des années de service, il se justifie

en l'espèce d'appliquer un abattement de 15 %, ce qui porte le revenu d'invalide à CHF 58'120.-.

S'agissant du revenu sans invalidité, il était selon l'employeur de CHF 32.- par heure en 2018, indemnités pour vacances et 13ème salaire non inclus, soit CHF 72'104.- compte tenu d'un horaire de travail de 40 heures hebdomadaires multiplié par 52 semaines par année, et du 13ème salaire. Indexé à 2019, cela représente un revenu de CHF 72'753.-.

La comparaison des revenus avant et après invalidité révèle ainsi un degré d'invalidité de 20.11 %, inférieur au taux ouvrant le droit à une rente. Ce degré d'invalidité est en revanche suffisant pour ouvrir le droit à des mesures d'ordre professionnel, étant souligné que l'aptitude subjective du recourant à suivre de telles mesures n'est pas remise en cause par l'intimé.

Le recourant a ainsi droit à la mise en œuvre de ces mesures par l'intimé, au terme desquelles il y aura lieu de réexaminer son degré d'invalidité.

13. Le recours est partiellement admis.

Le recourant a droit à des dépens, qui seront fixés à CHF 2'500.- (art. 61 let. g LPGA).

La procédure en matière d'octroi de prestations d'invalidité n'étant pas gratuite (cf. art. 69 al. 1bis LAI), l'intimé supporte l'émolument de procédure de CHF 200.-

* * * * * *

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'intimé du 18 février 2020.
4. Dit que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité du 1er octobre 2018 au 28 février 2020.
5. Renvoie la cause à l'intimé pour mise en œuvre de mesures d'ordre professionnel au sens des considérants.
6. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de dépens de CHF 2'500.-.
7. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
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 |
|---|---|
| Marie NIERMARÉCHAL | Eleanor McGREGOR |

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