

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2237/2024

ATAS/975/2025

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 27 novembre 2025

Chambre 3

En la cause

A_____

recourant

représenté par Me Pierre-Bernard PETITAT, avocat

contre

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

intimé

**Siégeant : Karine STECK, présidente; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, juges
assesseurs**

EN FAIT

- A.** **a.** A_____ (ci-après : l'assuré), né en 1984, a travaillé à plein temps en qualité de chauffeur-livreur à compter du 1^{er} février 2020 auprès de la société B_____ Sàrl à Genève.
- b.** Le 2 septembre 2021, l'assuré a glissé en sortant de sa baignoire. En essayant de se rattraper pour éviter la chute, il s'est coincé le poignet droit entre le robinet et le mur, puis a fait un faux mouvement de torse provoquant des douleurs dorsales du côté droit et des douleurs thoraciques antéro-latérales à gauche.
- c.** Les suites de cet accident ont été prises en charge par la caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA).
- d.** Selon un rapport du 6 octobre 2021 du docteur C_____, spécialiste en radiologie, une arthro-IRM du poignet droit a confirmé la suspicion clinique d'une maladie de Kienböck de stade IV avec fragmentation du lunatum, arthrose luno-capitale avancée et radio-lunaire avancée.
- e.** Dans un rapport du 21 décembre 2021, le docteur D_____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a retenu les diagnostics de contusion du poignet droit et de maladie de Kienböck, concluant à un cas de maladie dès le 4 décembre 2021.
- f.** Le 24 janvier 2022, la docteure E_____, spécialiste en radiologie, a rendu un rapport après imagerie par résonance magnétique (IRM). La maladie de Kienböck, de stade IV, était connue chez l'assuré, avec une progression de la nécrose de l'os lunatum. Une stabilité des importantes géodes des os du carpe et du radius était constatée, ainsi qu'une infiltration diffuse des tissus mous et synovites.
- g.** Dans un rapport du 9 février 2022, le docteur F_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, et médecin-conseil de la SUVA, s'est rallié aux conclusions du Dr D_____ : l'accident du 2 septembre 2021 n'avait causé aucune autre lésion structurelle que la maladie de Kienböck (ostéonécrose du semi lunaire) qui pouvait être objectivée dès le 2 novembre 2021 déjà.
- h.** Par décision du 10 février 2022, la SUVA a mis fin au versement des prestations d'assurance au 4 décembre 2021, date au-delà de laquelle elle a considéré que les troubles au niveau du poignet droit n'étaient plus en lien avec l'accident, le *statu quo sine* ayant été atteint.
- i.** Dans un rapport du 11 février 2022, le Dr C_____ a indiqué qu'une radiographie du poignet gauche montrait un index radio-cubital positif, une suspicion de remaniement géodique sous-chondral du lunatum, et les signes d'un conflit ulno-carpien, à corréliser à la présentation clinique.
- j.** Le 20 avril 2022, la docteure G_____, spécialiste en chirurgie de la main, a retenu le diagnostic incapacitant de maladie de Kienböck de stade IV, avec

arthrose diffuse du carpe à droite. L'assuré se plaignait de douleurs diffuses dans le poignet droit et le carpe, de problèmes de mobilité du poignet droit et de perte de force à la main et au poignet droits, ainsi que de limitations importantes dans le port de charges. Le médecin concluait à une totale incapacité de travail du 19 avril au 1^{er} août 2022, date à laquelle une reprise du travail, dans une activité adaptée, était envisagée chez le dernier employeur.

B. a. Le 24 mai 2022, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI) en invoquant une maladie de Kienböck, aggravée à la suite de l'accident ayant touché son poignet droit. Il ressentait énormément de douleurs et avait perdu de la force. L'atteinte existait depuis longtemps, mais la maladie de Kienböck avait été découverte à la suite de l'accident survenu le 2 septembre 2021.

b. Le 22 juin 2022, la Dre G_____ a confirmé la maladie de Kienböck de stade IV avec nécrose et fragmentation du lunatum et géode osseuse scaphoïde et capitatum, ainsi qu'une arthrose luno-capitale et luno-radiale. L'évolution n'était pas favorable. La douleur était gérée au moyen d'une attelle. Les limitations fonctionnelles consistaient dans l'évitement du port de charges et d'actions en force du poignet droit. La capacité de travail était de 50% depuis le 19 avril 2022, dans une activité adaptée, sans charge, de type administratif, et de 100% dès août 2022. L'assuré avait besoin de son épouse pour les tâches de la vie quotidienne (courses et tâches ménagères). Les activités sportives étaient limitées, contrairement aux activités sociales.

c. Dans un rapport du 15 novembre 2022, le docteur H_____, spécialiste en chirurgie de la main, a conclu à l'absence de relation causale entre le traumatisme et la maladie, expliquant que la maladie de Kienböck était forcément présente bien avant le traumatisme déclencheur et que, compte tenu de l'importance de l'atteinte, il était peu vraisemblable qu'il n'y ait eu aucune douleur auparavant. La maladie était à un stade avancé et sévère, avec un impact fonctionnel majeur. La mobilité du poignet était très limitée dans tous les plans et n'excédait pas une vingtaine de degrés en flexion et extension. La mobilisation passive était supportable. La force n'excédait pas 5 kg à droite pour 55 kg à gauche. Une activité manuelle lourde était exclue et un reclassement professionnel devait être mis en place sans tarder.

d. Selon un rapport de réinsertion professionnelle du 28 novembre 2022, l'assuré travaillait à 50% chez son dernier employeur (gestion des chauffeurs, des réclamations et de la logistique), car ce dernier n'avait pas assez de travail pour l'occuper à 100%.

e. L'OAI a pris en charge les coûts d'une mesure de soutien (examen approfondi des compétences de l'assuré) dans le cadre d'une intervention précoce, du 11 janvier au 28 février 2023, ainsi que les coûts d'un cours de français et de bureautique, du 12 janvier au 14 mars 2023.

f. Le 19 avril 2023, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dont il ressortait qu'il envisageait de rejeter sa demande de prestations, faute d'invalidité (0% après comparaison entre un revenu sans invalidité de CHF 58'456.- et un revenu avec invalidité de CHF 65'322.-).

g. Le 9 mai 2023, l'assuré a contesté ce projet de décision.

Il a en particulier relevé souffrir, en sus de la maladie de Kienböck de stade IV au poignet droit, de gros problèmes au membre supérieur gauche.

À l'appui de sa contestation, il a produit un rapport du 2 mai 2023, établi par le docteur I_____, spécialiste en radiologie, faisant état de douleurs migrantes, fluctuantes et relativement diffuses du membre supérieur gauche, avec hypoesthésies du torse. L'IRM cervicale montrait une syringomyélie s'étendant essentiellement de C6 à D2, avec dilatation maximale au niveau C7-D1. Une anomalie de signal postéro-latérale gauche s'étendait de C3 jusqu'à C6-C7, où elle était en continuité avec la syringomyélie et une dilatation du canal central à partir de C3. Était aussi relevé un rétrécissement modéré du canal rachidien cervical en C5-C6, en relation avec un débord discal circonférentiel en C6-C7 et un élément herniaire latéralisé à gauche. Le spécialiste relevait en outre une sténose neuroforaminale C5-C6 bilatérale d'origine multifactorielle en relation avec une uncarthrose, ainsi qu'un rétrécissement neuroforaminal C6-C7 gauche, en lien avec l'élément herniaire et un potentiel conflit avec l'émergence de la racine C8 gauche.

h. Le 16 mai 2023, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a préconisé de réclamer une copie des rapports des Drs I_____ et H_____, spécialistes ayant examiné l'assuré dans le cadre du « problème du rachis cervical et du bras ».

i. Le 9 juin 2023, le docteur J_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et chirurgie de la main, mandaté par l'assureur-maladie de l'assuré, a rendu un rapport d'expertise.

Les diagnostics incapacitants retenus étaient : la maladie de Kienböck de stade IV du poignet droit (symptomatique depuis septembre 2021), des troubles du sommeil non investigués (symptomatiques depuis l'automne 2022), une uncodiscarthrose C5-C6-C7 avec syndrome radiculaire C8 gauche (en cours d'investigation) et une syringomyélie cervicale. Les troubles ostéo-articulaires du poignet droit et les troubles neurologiques du membre supérieur gauche ne permettaient définitivement plus la reprise de l'activité habituelle de chauffeur-livreur. En revanche, un travail léger, ne nécessitant ni efforts, ni gestes répétitifs des membres supérieurs (comme celui de surveillant d'un parc de véhicules, par exemple) était exigible à 100% (en termes de temps, comme de rendement). L'assuré n'avait toutefois pas trouvé un poste de travail à plus de 50% dans cette activité.

j. Dans un rapport du 24 juillet 2023, la docteure K_____, spécialiste en neurochirurgie, a retenu les diagnostics de hernie discale C6-C7 à gauche et de malformation d'Arnold-Chiari. L'assuré présentait, depuis décembre 2022, des cervicobrachialgies gauches sous forme de paresthésies et hyperesthésies dans le territoire de C7 à gauche. L'IRM cervicale avait montré une amygdalienne avec une syringomyélie et une hernie cervicale paramédiane gauche en regard de la syringomyélie, avec une compression médullaire et une compression de la racine C7 à gauche. Un électromyogramme (EMG) effectué le 25 avril 2023 n'avait pas montré d'atteinte de nerfs périphériques aux membres supérieurs. La spécialiste proposait de compléter le bilan avec une IRM de toute la colonne, à la recherche d'une moelle basse attachée ou d'autres malformations au niveau rachidien, ainsi qu'un enregistrement des potentiels évoqués moteurs (PEM) et un enregistrement des potentiels évoqués somesthésiques (PES), à la recherche d'une traduction électrophysiologique de la syringomyélie objectivée sur l'IRM du 1^{er} mai 2023.

k. Une IRM de la colonne du 23 août 2023 par la docteure L_____ a montré une sémiologie radiologique compatible avec une malformation d'Arnold-Chiari, associant une position basse des amygdales cérébelleuses et un syrinx à l'étage cervico-dorsal, dont le diamètre antéro-postérieur était légèrement majoré par rapport au comparatif. Il n'y avait pas de moelle basse attachée. Étaient en revanche constatés des troubles dégénératifs étagés de la colonne cervicale, avec, notamment, des rétrécissements foraminaux en C5-C6 des deux côtés.

l. Le docteur M_____, spécialiste en médecine interne générale, dans un rapport du 13 septembre 2023, a indiqué que l'assuré présentait une limitation du mouvement de la main droite avec des douleurs associées et une douleur à la face antérieure de l'épaule gauche avec paresthésies C8 ulnaire du membre supérieur gauche. À titre de diagnostic incapacitant, le spécialiste a retenu une maladie de Kienböck de stade IV à la main droite, impliquant une nécrose avasculaire de l'os semi-lunaire. Le médecin a également mentionné, en précisant qu'elle était sans répercussion sur la capacité de travail, une malformation d'Arnold-Chiari en cours d'investigation. Dans l'activité habituelle, l'assuré pouvait travailler à 50% « dans le service de déménagement ». Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, la capacité de travail de l'assuré était « probablement de 100%, s'il n'[avait] pas besoin d'utiliser sa main droite pour une activité physique modérée à importante ou répétitive, à réévaluer avec le chirurgien de la main ».

m. Le 25 octobre 2023, la Dre K_____ a noté une régression de la hernie en C6-C7 et des cervicobrachialgies, de sorte qu'il a été renoncé à une chirurgie. En revanche, au vu de la persistance de la syringomyélie avec atteinte sensitive thermoalgique suspendue, il y avait une indication à la décompression de la fosse postérieure, pour permettre une stabilisation, voire une régression du syrinx. L'assuré avait cependant refusé cette chirurgie et opté pour une surveillance, avec un contrôle au moyen d'une nouvelle IRM cervico-dorsale. L'arrêt de travail était prolongé pour une durée de six semaines.

n. Le 21 novembre 2023, la Dre K_____ a attesté que l'assuré présentait, en sus des symptômes de la hernie cervicale C6-C7, des signes de myélopathie cervicale en rapport avec la syringomyélie, secondaire à sa malformation de Chiari de type 1, pour laquelle une indication chirurgicale était recommandée.

o. Par courrier du 30 novembre 2023, l'employeur a licencié l'assuré pour le 31 janvier 2024 au motif qu'en raison de sa maladie, il ne pouvait plus porter des colis d'un certain poids et ne correspondait donc plus aux besoins du poste.

p. Le 19 décembre 2023, la Dre K_____ a préconisé, concernant la reprise du travail, un retour progressif initial à 50% avec une limitation fonctionnelle concernant le port de charges lourdes (15 kg), au vu du risque de récurrence herniaire et de la syringomyélie persistante.

q. En avril 2024, la Dre K_____ a noté une très bonne évolution clinique concernant les cervicobrachialgies, avec une régression radiologique des hernies cervicales. Une hypoesthésie dans le territoire C7-C8 persistait toutefois, qui pouvait être séquentaire à la syringomyélie. Le syrinx aussi était en régression en taille dans le plan antéropostérieur. Dans ce contexte, la spécialiste ne voyait pas d'argument pour une prise en charge chirurgicale et préconisait un contrôle radiologique avec une nouvelle IRM cervico-dorsale et crânienne dans un délai de trois mois afin d'évaluer la progression de la syringomyélie et de la ptose amygdalienne. D'un point de vue purement neurochirurgical, il n'y avait pas de contre-indication à la reprise d'une activité professionnelle.

r. Le 17 mai 2024, le SMR a relevé que l'évolution de la capacité de travail, depuis 2022, allait dans le sens d'une activité adaptée à un taux de 100% dès août 2022. En définitive, l'assuré avait été dans la totale incapacité d'exercer son activité habituelle de chauffeur-livreur depuis le 5 décembre 2021. En revanche, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas d'activité manuelle lourde, pas de mouvements répétitifs, ni de travail fin avec la main droite), l'assuré avait recouvré une capacité de travail de 50% dès mars 2022 et de 100% dès août 2022. Une révision était suggérée dans un délai d'une année.

s. Par décision du 29 mai 2024, l'OAI a rejeté la demande de prestations.

C. a. Par acte du 1^{er} juillet 2024, l'assuré a interjeté recours devant la Cour de céans en concluant, sous suite de frais et dépens, préalablement, à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire, confiée à des médecins spécialistes en chirurgie de la main, neurochirurgie et médecine interne, principalement, à l'annulation de la décision de l'OAI du 29 mai 2024, à l'octroi d'une rente d'invalidité et à des mesures appropriées de reconversion professionnelle.

Le recourant conteste pouvoir reprendre à 100% une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues par l'OAI.

Il conteste également le revenu avec invalidité retenu par l'OAI – dont il estime qu'il ne tient compte, ni de l'ensemble de ses limitations fonctionnelles, ni des abattements à effectuer.

Le recourant fait en outre valoir que des mesures de reclassement devraient être mises en œuvre par l'OAI. N'ayant aucune formation, il n'a bénéficié que de cours basiques proposés par l'OAI pendant une très brève période.

b. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 31 juillet 2024, a conclu au rejet du recours.

Se fondant sur un avis du SMR du 16 juillet 2024, l'intimé admet que le début de l'incapacité de travail totale et définitive dans l'activité habituelle remonte au 3 septembre 2021, que la capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles a été de 50% à compter de mars 2022, puis de 100% à partir du 7 septembre 2023. Dès le 6 décembre 2023, la capacité de travail a été de 50% dans une activité adaptée, puis à nouveau de 100% dès le 12 mars 2024. Selon le SMR, l'assuré aurait peut-être pu exercer à 100% une activité adaptée entre mars et décembre 2022, avant l'apparition des cervicobrachialgies, mais aucun médecin ne l'a attesté. Les limitations fonctionnelles consistent en l'épargne du poignet droit depuis le 3 septembre 2021 (pas d'activité manuelle lourde, pas de mouvements répétitifs, ni de travail fin avec la main droite) et en l'épargne du rachis cervical dès décembre 2022 (pas de port de charges de plus de 5 kg, pas de travail des membres supérieurs au-dessus de la limite des épaules, pas de mouvements extrêmes, ni répétitifs, ni en porte-à-faux du rachis cervical).

Pour le surplus, l'intimé considère que le recourant n'amène aucun élément d'ordre médical objectif qui aurait été ignoré. Hormis ces précisions quant aux périodes d'incapacité de travail, aucun autre élément ne permet de retenir une incapacité de travail durable.

c. Par écriture du 27 août 2024, le recourant a reproché à la Dre K_____ de n'avoir pas procédé à tous les examens médicaux utiles concernant les problèmes au bras et à la main gauches. Il rappelle avoir très largement perdu ses sensations du côté gauche et rencontrer des difficultés à dormir en raison des douleurs.

Faisant référence à un rapport du 30 juin 2024 de la docteure N_____, le recourant précise avoir rendez-vous à la polyclinique de neurologie le 4 septembre 2024. Selon cette spécialiste, l'évolution radiologique (IRM cérébrale et de la colonne du 5 juin 2024) est favorable, avec une diminution de la syringomyélie évidente à l'imagerie. Néanmoins, des douleurs persistent dans le bras gauche, qui ne semblent pas liées à des disques herniaires, mais plutôt à la syringomyélie. La Dre N_____ préconisait une consultation neurologique, puisque le radiologue évoquait d'éventuelles lésions micro-vasculaires cérébrales.

Le recourant produit divers rapports médicaux, dont le rapport d'IRM de la colonne lombaire effectuée le 18 juillet 2024 par le docteur O_____, dont il ressort qu'il souffre d'une spondylodiscopathie en L3-L4, avec une hernie discale

à base large en paramédian gauche, foraminal et extraforaminal gauche, responsable d'un rétrécissement et d'une compression de l'émergence récessale de L4 gauche et d'un contact et début de compression de L3 gauche au niveau foraminal et extraforaminal. En L4-L5, est mise en évidence une spondylodiscopathie avec un bombement discal à base large, responsable d'un rétrécissement des récessus des deux côtés, avec contact et début de compression de l'émergence récessale de L5 des deux côtés. S'y ajoute un rétrécissement foraminal bilatéral responsable d'un contact de la racine foraminale de L4 des deux côtés, surtout droit, sans compression. On trouve aussi des remaniements interfacettaires postérieurs avec une composante inflammatoire en L3-L4 et L4-L5 des deux côtés.

d. Par écriture du 19 septembre 2024, l'intimé a persisté dans ses conclusions en se référant à un avis du SMR du 9 septembre 2024.

À teneur de celui-ci, le rapport de la Dre N_____ du 10 juin 2024 ne modifie pas l'appréciation de l'expert J_____ du 9 juin 2023 (capacité de travail complète dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles cervicales). L'IRM cérébrale du 5 juin 2024 relève des micro-anomalies du corps calleux et frontal droit (diagnostic différentiel : une atteinte microvasculaire et inflammatoire) ; il s'agit donc d'une découverte fortuite, n'entraînant pas de limitations fonctionnelles. Quant au rapport d'IRM de la colonne lombaire du 18 juillet 2024, il mentionne des plaintes concernant des cruralgies et des atteintes lombaires nouvelles et postérieures à la décision litigieuse.

e. Le 24 février 2025, le recourant a adressé à la Cour de céans des pièces complémentaires, en particulier, des rapports de la docteure P_____ du 9 novembre 2024, du docteur Q_____, spécialiste en neuroradiologie, du 16 octobre 2024, et du Dr M_____ du 21 janvier 2025, ainsi que des certificats d'arrêts de travail du 8 août 2024 au 30 mars 2025.

Dans un rapport du 16 octobre 2024, concernant l'IRM cérébrale du 26 septembre 2024, le Dr Q_____ indique que la lésion en frontal droit reste aspécifique, sans arguments clairs en faveur d'une maladie démyélinisante. Toutefois, compte tenu de la lésion lacunaire du corps calleux, une origine probablement microvasculaire reste l'hypothèse principale.

À teneur du rapport de la Dre P_____ du 9 novembre 2024, l'assuré présente deux lésions de la substance blanche asymptomatique, de découverte fortuite, d'origine probablement microangiopathique, mais pour lesquelles une origine inflammatoire n'est pas écartée. Elle préconise une IRM de contrôle trois mois plus tard, ainsi qu'un bilan des facteurs de risque cardio-vasculaire auprès du médecin traitant, vu la forte suspicion d'une origine microangiopathique.

Dans un rapport du 21 janvier 2025, le Dr M_____ indique que la main droite du recourant est immobilisée dans une attelle en raison de la douleur et de la limitation fonctionnelle importante et que le membre supérieur gauche présente

une déficience neurologique marquée par une faiblesse et des douleurs. L'intéressé souffre d'une lombalgie, associée à une cruralgie, qui irradie parfois vers les membres inférieurs, provoquant des douleurs lors de longues marches, nécessitant des pauses et du repos pour soulager les symptômes. Une IRM lombaire réalisée en juillet 2024 a confirmé le diagnostic clinique en montrant une hernie discale en L3-L4, avec compression partielle des racines nerveuses de L4 gauche et pression sur L3 gauche. En L4-L5, un bombement discal entraîne une compression légère des racines de L5 des deux côtés, ainsi qu'un rétrécissement de l'espace des racines de L4, surtout à droite, sans compression significative. Il observe aussi une inflammation et des remaniements des articulations postérieures en L3-L4 et L4-L5, de manière bilatérale. Compte tenu de cette atteinte pathologique des deux membres supérieurs, le recourant est dans l'incapacité d'effectuer un travail manuel.

f. Le 17 mars 2025, l'intimé a produit un avis du SMR concernant les nouvelles pièces médicales produites par le recourant.

Selon le SMR, les éléments médicaux évoqués ont déjà été pris en compte dans le cadre de l'instruction médicale du dossier. En particulier, l'expert J_____ a tenu compte des diagnostics de maladie de Kienböck, de malformation d'Arnold-Chiari avec syringomyélie et hernies cervicales. Le problème cervical n'entraîne pas de déficit moteur et les lésions de la substance blanche sont asymptomatiques. En revanche, l'atteinte du rachis lombaire n'a pas été décrite dans le rapport de neurologie, qui rapporte un examen neurologique des membres inférieurs normal. L'IRM lombaire de juillet 2024 est postérieure à la décision litigieuse et n'a pas de répercussion clinique.

g. Les autres faits seront repris, en tant que de besoin, dans la partie « en droit » du présent arrêt.

EN DROIT

1.

1.1 Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

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

1.2 Interjeté en temps utile, compte tenu du fait que le délai de recours de 30 jours après la notification de la décision du 29 mai 2024 est venu à échéance un samedi

et a été reporté au prochain jour utile, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA et art. 38 al. 3 LPGA *cum* art. 60 al. 2 LPGA).

2. Le litige porte sur le droit du recourant aux prestations de l'assurance-invalidité.
- 3.

3.1 Le 1^{er} janvier 2022, sont entrées en vigueur les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705).

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

3.2 En l'occurrence, la décision querellée a été rendue postérieurement au 1^{er} janvier 2022. Elle fait suite à une demande de prestations déposée en mai 2022. Dans ces circonstances, un éventuel droit à une rente d'invalidité naîtrait au plus tôt en décembre 2022, soit six mois après la demande de prestations (art. 29 al. 1 LAI), de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

4. Dans sa réponse au recours du 31 juillet 2024, l'intimé a admis une incapacité de travail totale et définitive du recourant dans l'activité habituelle à compter du 3 septembre 2021 (en lieu et place du 5 décembre 2021) et a estimé la capacité à exercer une activité adaptée aux limitations fonctionnelles à 50% dès le 1^{er} mars 2022, à 100% dès le 7 septembre 2023, à 50% dès le 6 décembre 2023 et à 100% dès le 12 mars 2024 (en lieu et place de 100% dès août 2022).

Il convient de rappeler que, conformément à l'art. 53 al. 3 LPGA, l'assureur peut reconsidérer une décision ou une décision sur opposition contre laquelle un recours a été formé jusqu'à l'envoi de son préavis à l'autorité de recours (reconsidération *pendente lite*). Cela étant, la modification à laquelle a procédé l'intimé ne relève pas, à strictement parler, d'une reconsidération, dès lors qu'elle ne modifie pas le dispositif de la décision litigieuse (négation du droit aux prestations du recourant).

- 5.

5.1 À teneur de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'art. 4 LAI précise en outre que l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé

sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2).

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

Selon l'art. 28b LAI, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière (al. 1). Pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69%, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité (al. 2) ; pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70%, l'assuré a droit à une rente entière (al. 3). Pour les taux d'invalidité compris entre 40 et 49%, la quotité de la rente s'échelonne de 25 à 47.5% (al. 4).

L'invalidité est une notion économique et non médicale, où sont prises en compte les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de gain (arrêt du Tribunal fédéral I 15/06 du 21 décembre 2006 consid. 2.2). Aux termes de l'art. 8 al. 1 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.

5.3 Selon l'art. 54a LAI, les SMR établissent les capacités fonctionnelles de l'assuré qui sont déterminantes pour l'assurance-invalidité en vertu de l'art. 6 LPGA, pour l'exercice d'une activité lucrative raisonnablement exigible ou pour l'accomplissement des travaux habituels (al. 3).

Lors de la détermination des capacités fonctionnelles, la capacité de travail attestée médicalement pour l'activité exercée jusque-là et pour les activités adaptées est évaluée et justifiée en tenant compte, qualitativement et quantitativement, de toutes les ressources et limitations physiques, mentales et psychiques (art. 49 al. 1^{bis} RAI).

5.4

5.4.1 Pour pouvoir trancher le droit aux prestations, 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 ; 115 V 133 consid. 2).

5.4.2 Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (*cf.* art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il 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 ; 122 V 157 consid. 1c).

5.4.3 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.

Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5 ; 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise dans une procédure au sens de l'art. 44 LPGA, l'appréciation des preuves est soumise à des

exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 145 V 97 consid. 8.5 et les références ; 142 V 58 consid. 5.1 et les références ; 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4.4 et les références). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGa (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références).

Le fait qu'une expertise ait été réalisée sur mandat d'un assureur d'indemnités journalières selon la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (loi sur le contrat d'assurance, LCA - RS 221.229.1) – et donc pas selon la procédure de l'art. 44 LPGa –, ne suffit pas à nier sa valeur probante lors de l'évaluation du droit à une rente d'invalidité de l'AI. Toutefois, l'appréciation des preuves doit répondre à des exigences strictes. S'il existe des doutes, même minimes, quant à la fiabilité et à la cohérence d'une telle expertise, il convient de procéder à des clarifications complémentaires, comme cela est le cas pour les appréciations médicales internes à l'assurance. Une expertise « externe à la procédure » (« *Fremdgutachten* ») ne peut ainsi se voir d'emblée reconnaître la même valeur probante qu'une expertise ordonnée par un tribunal ou par un assureur selon l'art. 44 LPGa (arrêt du Tribunal fédéral 9C_452/2023 du 24 janvier 2024 consid. 5.2.1 et les références).

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

6.

6.1 Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré

seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références ; cf. 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).

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

7.

7.1 En l'espèce, dans la décision litigieuse du 29 mai 2024, l'intimé a retenu que le recourant ne pouvait plus exercer son activité professionnelle habituelle depuis le 2 septembre 2021, mais qu'il disposait, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas d'activité manuelle lourde, pas de mouvements répétitifs, ni de travail fin avec la main droite), d'une capacité de travail résiduelle de 50% dès mars 2022 et de 100% dès août 2022. Cette appréciation était fondée sur l'avis du SMR du 17 mai 2024 – faisant lui-même référence aux rapports de la Dre G_____ du 22 juin 2022, et de la Dre K_____ des 24 juillet, 25 octobre et 19 décembre 2023 ainsi que du 7 avril 2024, et à l'expertise du Dr J_____ du 9 juin 2023. Si l'appréciation du SMR était effectivement la même que celle retenue par la Dre G_____ et l'expert J_____ dans les rapports susvisés, force est toutefois de constater que les conclusions de la Dre K_____, contenues dans les trois rapports susmentionnés, ne correspondent pas à celles retenues par le SMR et ces deux premiers spécialistes. En effet, la Dre K_____ ne s'est pas prononcée sur la capacité de travail du recourant dans son rapport du 24 juillet 2023, a

prolongé son arrêt de travail jusqu'au prochain contrôle prévu en décembre 2023 et a préconisé, dans son rapport du 19 décembre 2023, un retour au travail progressif, d'abord à 50% avec une limitation de port de charges lourdes à 15 kg, vu le risque de récurrence de la hernie et de la syringomyélie persistante. Dans son avis subséquent du 16 juillet 2024, le SMR est d'ailleurs revenu sur son appréciation initiale et a indiqué, s'agissant de la capacité du recourant à exercer son activité habituelle, qu'elle était nulle depuis le 3 septembre 2021 (lendemain de la survenance de l'accident). Quant à sa capacité à exercer une activité adaptée, il l'a évaluée à 50% dès le 1^{er} mars 2022 (date de début de l'activité adaptée déployée au service de son dernier employeur), 0% dès le 7 septembre 2023 (incapacité de travail totale attestée par certificat médical ; cf. lettre de l'assureur-maladie du 23 octobre 2023, p. 379 du dossier OAI), 50% dès le 6 décembre 2023 (date du rapport de la Dre K_____, préconisant un retour progressif au travail à 50%) et 100% dès le 12 mars 2024 (au motif que la Dre K_____ avait indiqué ne pas voir « de contre-indication à la reprise de son activité professionnelle ». Il apparaît toutefois que cette dernière appréciation s'entendait d'un point de vue purement neurochirurgical et que cette spécialiste n'a pas précisé à quel taux une telle reprise d'activité adaptée pouvait être envisagée (cf. rapport du 18 avril 2024, p. 2 – dossier de l'OAI, p. 432), étant au surplus relevé que si la Dre K_____ a, dans un premier temps, préconisé un retour au travail à 50% en décembre 2023, elle a ensuite établi des certificats médicaux attestant d'une incapacité totale de travail pour la période du 1^{er} février au 12 mars 2024 (cf. pièces n° 13 et 14 – recourant). Dans ces circonstances, ni le SMR, ni l'intimé ne devaient comprendre, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'une capacité de travail entière était clairement établie dans une activité adaptée dès le 12 mars 2024.

Au vu de ces éléments, la Cour de céans considère que l'appréciation du SMR, sur laquelle s'est basé l'intimé pour modifier sa décision litigieuse, est *a priori* fondée s'agissant de la période du 3 septembre 2021 au 11 mars 2024, vu la motivation contenue dans l'avis du SMR du 16 juillet 2024. En revanche, cette appréciation n'apparaît pas probante quant à la capacité de travail de 100% retenue dans une activité adaptée dès le 12 mars 2024.

7.2 Reste à examiner si les rapports médicaux produits par le recourant dans le cadre de la présente procédure sont de nature à remettre en cause les conclusions susvisées, étant rappelé que la légalité de la décision attaquée doit s'apprécier d'après l'état de fait existant au moment où elle a été rendue et que les faits survenus postérieurement et qui ont modifié cette situation doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative.

7.2.1 En premier lieu, concernant le rapport de la Dre N_____ du 30 juin 2024, cette spécialiste relève que si l'évolution radiologique (IRM cérébrale et de la colonne du 5 juin 2024) est certes favorable, avec une diminution évidente de la syringomyélie, il reste toutefois des douleurs dans le bras gauche qui ne semblent

pas liées à des disques herniaires, mais plutôt être une conséquence de la syringomyélie. Dès lors que ce document fait état de conséquences dues à la syringomyélie diagnostiquée par le Dr I_____ en mai 2023 et qu'il constitue le résultat des investigations demandées par la Dre K_____ dans son rapport du 7 avril 2024 – cette spécialiste ayant préconisé un nouveau contrôle radiologique avec une nouvelle IRM cervico-dorsale et crânienne afin d'évaluer, entre autres, la progression de la syringomyélie –, il convient d'en tenir compte dans le cadre de la présente procédure.

En se fondant sur l'avis du SMR du 9 septembre 2024, l'intimé soutient que cette appréciation de la Dre N_____ ne modifie pas celle de l'expert J_____ du 9 juin 2023. Il ressort en effet du rapport de ce dernier qu'il a retenu, en sus des troubles ostéo-articulaires du poignet droit, des troubles neurologiques du membre supérieur gauche et, à titre de limitations fonctionnelles, un travail léger ne nécessitant ni efforts, ni gestes répétitifs des membres supérieurs, concluant à une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée, sans diminution de rendement (*cf.* rapport d'expertise du Dr J_____ du 9 juin 2023, p. 9). Il convient toutefois de relever que cette appréciation de l'atteinte au membre supérieur gauche a été émise par l'expert alors que le recourant n'avait pas encore été examiné par un neurochirurgien. En particulier, concernant le membre supérieur gauche et les options thérapeutiques éventuelles susceptibles d'améliorer notablement la capacité de travail, l'expert a indiqué qu'« il faut attendre les conclusions des investigations neurochirurgicales qui auront lieu prochainement aux HUG » (*cf.* rapport d'expertise du 9 juin 2023, p. 12). Or, les rapports rendus à la suite des investigations neurochirurgicales effectuées dès décembre 2022 faisaient état de cervicobrachialgies gauches sous forme de paresthésies et hyperesthésie dans le territoire C7 à gauche (*cf.* rapport de la Dre K_____ du 24 juillet 2023), d'une persistance de la syringomyélie avec une atteinte sensitive thermoalgique suspendue (*cf.* rapport de la Dre K_____ du 25 octobre 2023), d'une douleur à la face antérieure de l'épaule gauche avec paresthésie C8 ulnaire du membre gauche (*cf.* rapport du Dr M_____ du 13 septembre 2023), d'une hypoesthésie dans le territoire C7-C8 (*cf.* rapport de la Dre K_____ du 18 avril 2024) et de douleurs, de type neuropathique avec dysesthésie, dans le bras gauche (*cf.* rapport de la Dre N_____ du 30 juin 2024), étant précisé que, dans son rapport d'avril 2024, la Dre K_____ avait préconisé un contrôle radiologique (IRM cervico-dorsale et crânienne) dans un délai de trois mois afin d'évaluer la progression de la syringomyélie et de la ptose amygdalienne.

En rendant la décision litigieuse le 29 mai 2024, l'intimé s'est fondé sur un avis du SMR du 17 mai 2024, alors même que les investigations médicales préconisées par les spécialistes étaient encore en cours. Il est à ce propos relevé que, dans son rapport du 30 juin 2024, qui fait manifestement suite à celui de la Dre K_____ du 18 avril 2024, la Dre N_____ a indiqué la présence de douleurs dans le bras gauche, attesté d'une incapacité de travail d'un mois et demandé une consultation

neurologique concernant d'éventuelles lésions micro-vasculaires cérébrales (cf. rapport du 30 juin 2024). L'instruction médicale devait ainsi se poursuivre s'agissant des douleurs au membre supérieur gauche. La Cour de céans relèvera au surplus que l'expertise du Dr J_____ constitue une expertise « externe à la procédure » et qu'elle ne peut se voir d'emblée reconnaître la même valeur probante qu'une expertise ordonnée par un tribunal ou par un assureur selon l'art. 44 LPGA (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_452/2023 du 24 janvier 2024 consid. 5.2.1 et les références).

7.2.2 Par ailleurs, les différents spécialistes ayant examiné le recourant ne se sont pas prononcés de manière précise et motivée sur la capacité à exercer une activité adaptée aux limitations fonctionnelles à compter de mars 2024. Ainsi, outre les conclusions de la Dre K_____ dans son rapport du 18 avril 2024 (cf. dossier de l'OAI, p. 432) dont la Cour de céans a déjà relevé l'imprécision empêchant de déterminer le taux de la capacité de travail dans une activité adaptée (cf. ci-dessus), il est constaté que les Drs I_____, L_____ et N_____ ne se prononcent pas sur la capacité de travail et les limitations fonctionnelles du recourant.

Quant à l'appréciation du Dr M_____, ce dernier a retenu, concernant l'activité habituelle, que l'assuré pouvait travailler à 50% « dans le service de déménagement » [NDR : alors que le recourant exerçait l'activité de chauffeur-livreur avant son accident] et que, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, la capacité de travail était « probablement de 100%, s'il n'[avait] pas besoin d'utiliser sa main droite pour une activité physique modérée à importante ou répétitive, à réévaluer avec le chirurgien de la main » (cf. rapport du Dr M_____ du 13 septembre 2023). Force est ainsi de constater que le médecin traitant du recourant a conclu à une capacité de travail de 50% dans une activité habituelle erronée et en contradiction avec l'ensemble des autres appréciations médicales figurant au dossier, qui admettent une incapacité totale à exercer l'activité habituelle de chauffeur-livreur. Quant aux limitations fonctionnelles, le médecin n'a aucunement tenu compte de l'atteinte au bras gauche, pourtant déjà mentionnée par les Drs G_____ (cf. rapport du 20 avril 2022), I_____ (cf. rapport du 2 septembre 2023) et l'expertise du Dr J_____ (cf. rapport d'expertise du 9 juin 2023).

Au vu de ce qui précède, les rapports médicaux versés au dossier ne permettent pas à la Cour de céans de se prononcer sur le droit aux prestations.

7.3 L'intimé n'ayant pas suffisamment instruit la question de la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, il se justifie de lui renvoyer la cause afin qu'il mette en œuvre une expertise administrative, au sens de l'art. 44 LPGA, comportant des volets de médecine interne, chirurgie de la main, neurochirurgie et neurologie, étant rappelé que la jurisprudence pose des exigences strictes en matière de preuve et qu'une expertise doit être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à

la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5 ; 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

Au surplus, s'agissant du rapport d'IRM de la colonne lombaire du 18 juillet 2024, produit par le recourant, la Cour de céans constate que les atteintes lombaires et les cruralgies sont postérieures à la décision querellée. Toutefois, au vu du renvoi de la cause pour instruction complémentaire portant sur la capacité de travail dans une activité adaptée, il paraît opportun que ces questions fassent l'objet d'une analyse dans le cadre de l'expertise administrative qui sera mise en œuvre par l'intimé. Il en sera de même pour les rapports des Drs Q_____ du 16 octobre 2024, P_____ du 9 novembre 2024 et M_____ du 21 janvier 2025 également postérieurs à la décision litigieuse.

8. Au vu de ce qui précède, l'examen des critiques du recourant concernant le calcul de la perte de gain, l'éventuel abattement à appliquer, l'octroi de mesures de réadaptation et l'absence de perspectives réalistes de trouver un emploi sur le marché équilibré du travail, est, à ce stade, prématuré.
9. En conclusion, il convient d'admettre partiellement le recours, d'annuler la décision querellée du 29 mai 2024 et de renvoyer la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision, dans le sens des considérants.

Le recourant obtenant partiellement gain de cause et étant assisté d'un conseil, il a droit à des dépens qui seront fixés à CHF 1'500.- et mis à la charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGa).

Étant donné que la procédure n'est pas gratuite (art. 69 al. 1^{bis} LAI) et au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument 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 au sens des considérants.
3. Annule la décision du 29 mai 2024 et renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
4. Octroie au recourant une indemnité de CHF 1'500.- à titre de dépens, à charge de l'intimé.
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
6. 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

Diana ZIERI

Karine STECK

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