

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3567/2023

ATAS/557/2024

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 3 juillet 2024

Chambre 8

En la cause

A _____

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Marie-Josée COSTA, Présidente suppléante ; Yves MABILLARD, Michael
RUDERMANN, Juges assesseurs**

EN FAIT

A. a. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1974, travaillait comme aide monteur en échafaudage sous contrat de mission de B_____ auprès de C_____, sociétés sises à Genève. À ce titre, il était assuré contre le risque d'accident, professionnel ou non, auprès de la CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après : la SUVA).

b. Le 13 décembre 2019, l'assuré a fait une chute d'un échafaudage.

c. Le rapport des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : les HUG) du 13 décembre 2019 a retenu un traumatisme crânien sans perte de connaissance ni amnésie. Il est décrit une chute d'un échafaudage d'une hauteur de quatre mètres. L'assuré s'était plaint de douleurs au membre supérieur droit ainsi qu'aux membres inférieurs. Il a également présenté un œuf de pigeon avec hématome et dermabrasion de l'arcade sourcilière droite.

Les examens réalisés ont permis de mettre en évidence une fracture intra-articulaire de l'extrémité distale du radius droit ainsi qu'une fracture de calcanéum gauche.

Un traitement conservateur a été préconisé.

d. La SUVA a pris en charge le cas.

B. a. Le 22 juin 2020, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENÈVE (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

b. Dans le rapport des HUG du 3 juillet 2020, il était notamment relevé la persistance des douleurs et un déficit de la force. Il était conclu à l'impossibilité de porter des charges lourdes ou d'effectuer des mouvements répétés. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle, mais complète dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles.

c. Par expertise du 20 juillet 2020, le docteur D_____, spécialiste FMH en otorhino-laryngologie et en allergologie et immunologie a noté que l'assuré souffrait depuis plus de 23 ans d'une baisse de l'audition à droite. Il a conclu à une hypoacousie de type mixte moyenne sévère droite et à un status post-tympanoplastie.

d. Par communication du 24 juillet 2020, l'OAI a accordé la prise en charge du forfait pour un appareil acoustique monaural.

e. Par communication du 24 septembre 2020, l'OAI a octroyé à l'assuré des mesures d'intervention précoce sous la forme d'un cours de français et un programme d'accompagnement (outplacement).

f. Le 1^{er} octobre 2020, l'assuré a subi une arthroscopie de diagnostic et une ostéotomie de raccourcissement.

g. Par communication du 23 décembre 2020, l'assuré s'est vu accorder une formation de mécanique de base et de programmeur-régleur sur machines à commande numérique (CNC).

h. Par courrier du 20 décembre 2021, la SUVA a informé l'assuré qu'elle considérait l'état de santé comme stabilisé. Elle mettait dès lors fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière au 31 mars 2022. Il était précisé qu'elle continuerait à prendre en charge les traitements antalgiques médicamenteux et quatre séries de neuf séances par année de rééducation et ergothérapie. Sur la base de l'examen de leur service médical, il était retenu que l'activité habituelle n'était plus exigible, il subsistait toutefois une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

i. Par communications du 4 avril 2022, l'OAI a octroyé une prestation de conseil et suivi (coaching) du 1^{er} avril au 30 juin 2022 et un stage d'évaluation auprès d'une entreprise partenaire.

j. Par communication du 21 juin 2022, l'OAI a accordé un stage de placement à l'essai dans l'économie réelle auprès de l'entreprise E_____ du 1^{er} juillet au 31 décembre 2022.

En parallèle, la mesure de coaching a été prolongée au 31 décembre 2022.

k. Dans l'auto-évaluation de stage du 23 août 2022, l'assuré a déclaré que le rythme et l'horaire du stage qui était effectué à 100% lui convenaient. Il indiquait être très motivé, le travail lui plaisait et il se sentait à l'aise. Il avait été limité au début par son surpoids, mais suite à sa perte de poids, cela allait beaucoup mieux. Il avait parfois quelques douleurs, mais rien qui l'empêchait de travailler. Il avait un bon rythme et faisait le même travail que ses collègues sauf s'agissant du port de charges. Il se voyait continuer dans cette voie.

l. Par communication du 20 décembre 2022, l'OAI a accordé un placement à l'essai d'un mois auprès de la société E_____, soit durant le mois de janvier 2023 afin de tester une nouvelle fonction dans l'activité d'opérateur CNC.

b. Selon le rapport d'évaluation de stage du 21 décembre 2022, l'assuré s'était montré très motivé durant tout le stage malgré sa déception de ne pas être engagé. Il était relevé qu'il avait effectué des tâches de contrôle, de mise en place de l'outillage et de préréglage. Les tâches correspondaient à un opérateur CNC, il n'avait pas les compétences pour être programmeur CNC. S'agissant de l'état de santé, il était relevé que les débuts avaient été difficiles, mais que désormais cela allait. Il souffrait quand même un peu des jambes car il était toujours debout. En ce qui concernait son poignet, il ne portait pas de poids ou utilisait son poignet gauche, ce qui fonctionnait en général. Il était relevé qu'il était très volontaire. Quant à la formation, il était souligné que l'assuré, qui avait fait du tournage et

pas de fraisage, n'était pas très fin au niveau mécanique. Il était conclu qu'il lui fallait des cours de programmation. À ce jour, il pouvait faire un très bon opérateur CNC et s'occuper de la correction de programmes, mais il ne pouvait pas être régleur ou programmeur, il pouvait lire un programme simple mais pas le créer.

c. Par projet de décision du 24 mars 2023, l'OAI a rejeté la demande à défaut de perte de gain, l'assuré pouvant entreprendre une activité en tant qu'opérateur CNC suite à la réussite des mesures suivies dans le cadre de l'intervention précoce.

d. Lors de l'audition du 19 mai 2023, l'assuré a fait valoir que sa capacité de travail ne dépassait pas 60%.

e. Courant août 2023, l'assuré a transmis un rapport des HUG du 20 juin 2023.

Ledit rapport a retenu comme diagnostic principal des douleurs chroniques du poignet droit sur fracture du radius distal, ostéotomie de raccourcissement de l'ulna et probable arthrose pancarpienne. S'agissant des diagnostics secondaires, il était mentionné une neuropathie ulnaire d'origine probablement positionnelle constatée depuis le 20 juin 2023, une arthrose débutante radio-carpienne notée dès le 31 juillet 2020, un conflit ulnocarpien décompensé post traumatique et une fracture de l'extrémité distale du radius remontant au 13 décembre 2019. Il était mentionné que la consultation faisait suite à une péjoration progressive des douleurs au bord ulnaire du poignet et de paresthésies sur la partie ulnaire de la main. La radiographie du poignet droit avait mis en évidence l'apparition d'une discrète clarté sur le pôle proximal du triquetrum dans le cadre d'un ulna long, ce qui irait dans le sens d'un conflit ulnocarpien, mais ce n'était pas le cas de l'assuré.

f. Par avis du 22 août 2023, le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a constaté que, dans le rapport du 3 juillet 2020, les HUG avaient déjà retenu des douleurs résiduelles et conclu à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Le rapport du 20 juin 2023 ne se prononçant pas sur une capacité de travail, il était demandé d'interroger les HUG sur ce point.

g. Par rapport du 25 septembre 2023, les HUG ont répondu que l'atteinte orthopédique n'avait aucun impact sur la capacité de travail, l'assuré n'étant plus au bénéfice d'un arrêt de travail de leur service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur depuis le 6 février 2022.

En annexe étaient joints le rapport d'imagerie par résonance magnétique (IRM) du 28 juin 2023 et le rapport du 6 juillet 2023 du docteur F_____, spécialiste FMH en neurologie.

Le rapport d'IRM concluait à des signes de conflit ulno-lunaire stables. Quant au rapport du 6 juillet 2023, il a relevé que cliniquement, l'examen neurologique des membres supérieurs retrouvait une hypoesthésie du territoire ulnaire droit, sans

perte de discrimination toucher/piquer, associée à un signe de tinel aux coudes légèrement positif des deux côtés. L'électroneuromyogramme (ENMG) des deux membres supérieurs était normal.

h. Dans le rapport du 3 octobre 2023, les HUG ont relevé que les douleurs étaient persistantes sur le bord ulnaire du poignet droit, l'assuré portait en continu une attelle de poignet pour diminuer les douleurs qui étaient importantes à chaque fois qu'il portait quelque chose en supination ou en pronation, porter des charges en position verticale du poignet n'était pas douloureux. Le scanner avait mis en évidence un amincissement cartilagineux et défaut ostéocartilagineux connu de la fossette lunaire sans progression significative depuis le dernier comparatif. Il était proposé une ablation de la plaque avec dénervation du bord ulnaire du poignet. Cette intervention serait précédée d'une dénervation test par anesthésique.

i. Dans son avis du 9 octobre 2023, le SMR a confirmé une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée dès le 1^{er} décembre 2021. Les limitations suivantes étaient retenues : « pas de port de charges supérieures à 10-15kg et le poignet dans l'axe du corps ; pas de port de charges répété supérieures à 5-10kg, la main et le poignet dans l'axe du corps ; aucun port de charge en supination, membre supérieur droit en position de porte-à-faux ; pas de mouvements nécessitant de la force et des amplitudes importantes du poignet et de la main droite en flexion/extension et pro-supination ».

j. Par décision du 10 octobre 2023, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré.

C. a. Par acte du 31 octobre 2023, l'assuré a interjeté recours contestant la décision de refus de l'OAI auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la Cour de céans). Il a fait valoir qu'il n'avait jamais fait de radiographie des hanches et de la colonne qui étaient douloureuses, il avait beaucoup de peine à marcher et à rester debout. S'agissant de son bras droit, l'os de son bras avait été mal placé et touchait l'os de son poignet, ce qui avait conduit à une opération seulement dix mois après l'accident. Depuis ce dernier, il vivait avec des douleurs horribles qui le limitaient énormément au quotidien. Il se retrouvait sans cartilage entre les deux os en raison du frottement et avait une plaque qui devait être enlevée le 30 novembre 2023.

b. Invité à se déterminer, l'intimé a conclu au rejet du recours par acte du 29 novembre 2023. Aucun élément médical objectivement vérifiable permettant de remettre en cause les conclusions du SMR n'avait été apporté par le recourant. Suite aux mesures accordées, le recourant possédait les connaissances nécessaires pour faire valoir une pleine capacité de travail dans une activité d'opérateur CNC, étant relevé que le recourant pouvait exploiter sa capacité de travail dans toute activité adaptée à ses limitations.

c. Par acte du 18 décembre 2023, le recourant a invoqué une aggravation de son état de santé après les mesures accordées par l'intimé. Il avait des douleurs à la

main droite qui l'empêchaient de vivre normalement, le moindre geste nécessitant un peu de force entraînait des douleurs terribles. Suite à l'accident, il souffrait également des jambes, il avait beaucoup de peine à rester debout et à marcher même sur une courte distance. Il en avait parlé aux HUG, mais rien n'avait été fait. Il était à nouveau suivi aux HUG depuis quelques mois. Il avait fait des examens et une infiltration qui n'avait eu aucun effet, les douleurs étant toujours présentes. Des examens étaient prévus en janvier.

d. Par acte du 11 janvier 2024, l'intimé a persisté.

e. Par envoi du 5 février 2024, le recourant a transmis un rapport des HUG daté du 31 janvier 2024.

Ce dernier concluait que le recourant présentait des douleurs chroniques du poignet droit status post fracture du radius distal droit. Il y avait une arthrose débutante. Les douleurs n'avaient pas été améliorées par une infiltration de cortisone, elles étaient uniquement améliorées par le port continu d'une attelle de poignet. Il n'y avait aucun traitement chirurgical à proposer pour les douleurs. Le recourant ne pouvait pas reprendre un travail manuel lourd et il était nécessaire d'envisager une reconversion professionnelle. Les limitations fonctionnelles étaient le port de charge maximal de 15kg de la main droite et pas de port de charge en supination ou pronation de l'avant-bras.

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

Le 1^{er} janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Dans la mesure où le recours a été interjeté postérieurement au 1^{er} janvier 2021, il est soumis au nouveau droit (cf. art. 82a LPGA a contrario).

3. Le 1^{er} janvier 2022, les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - 831.20) (développement continu de l'AI ; RO 2021 705) ainsi que celles du 3 novembre 2021 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201 ; RO 2021 706) sont entrées en vigueur.

En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque

les faits déterminants se sont produits (cf. ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la référence). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, est déterminant le moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Si elle est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2. et les références).

Si un droit à la rente a pris naissance jusqu'au 31 décembre 2021, un éventuel passage au nouveau système de rentes linéaires s'effectue, selon l'âge du bénéficiaire de rente, conformément aux let. b et c des dispositions transitoires de la LAI relatives à la modification du 19 juin 2020. Selon la let. b al. 1, les bénéficiaires de rente dont le droit à la rente a pris naissance avant l'entrée en vigueur de cette modification et qui, à l'entrée en vigueur de la modification, ont certes 30 ans révolus, mais pas encore 55 ans, conservent la quotité de la rente tant que leur taux d'invalidité ne subit pas de modification au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_499/2022 du 29 juin 2023 consid. 4.1).

En l'occurrence, la décision querellée a été rendue postérieurement au 1^{er} janvier 2022. La demande de prestations a été déposée en juin 2020, l'éventuel droit à une rente d'invalidité naîtrait antérieurement au 1^{er} janvier 2022 (cf. art. 28 al. 1 let. b et 29 al. 1 LAI), de sorte que les dispositions applicables seront citées dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

4.

4.1 À teneur de l'art. 61 let. b LPGA, sous réserve de l'art. 1 al. 3 de la loi fédérale sur la procédure administrative du 20 décembre 1968 (PA - RS 172.021), la procédure devant le tribunal cantonal des assurances est réglée par le droit cantonal. Elle doit satisfaire aux exigences suivantes : l'acte de recours doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que les conclusions ; si l'acte n'est pas conforme à ces règles, le tribunal impartit un délai convenable au recourant pour combler les lacunes, en l'avertissant qu'en cas d'inobservation le recours sera écarté.

4.2 L'art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10) prévoit que la demande ou le recours est adressé en deux exemplaires à la chambre des assurances sociales de la Cour de justice soit par une lettre, soit par un mémoire signé, comportant : a) les nom, prénoms, domicile ou résidence des parties ou, s'il s'agit d'une personne morale, toute autre désignation précise ; b) un exposé succinct des faits ou des motifs invoqués ; c) des conclusions (al. 1). Si la lettre ou le mémoire n'est pas conforme à ces règles, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice impartit un délai convenable à son auteur pour le compléter en indiquant qu'en cas d'inobservation la demande ou le recours est écarté (al. 2).

4.3 Ces exigences formelles doivent permettre à la juridiction cantonale de comprendre, au regard du recours (et le cas échéant de son complément) (ATAS/163/2015 du 3 mars 2015) :

- les faits pertinents de la cause, dont - lorsqu'est invoquée une constatation inexacte ou incomplète des faits pertinents (art. 61 al. 1 let. b LPA) - quels faits sont prétendument inexacts ou incomplets, et en quoi ils sont inexacts ou incomplets et en plus pertinents pour la solution du litige ;
- les griefs que le recourant émet à l'encontre de la décision attaquée, à savoir en quoi la décision attaquée est prétendument contraire au droit, consacre un excès ou un abus du pouvoir d'appréciation (art. 61 al. 1 let. a LPA), ou/et repose sur des faits établis de façon inexacte ou incomplète (art. 61 al. 1 let. b LPA) ;
- ce que le recourant demande de la juridiction saisie.

Ces exigences sont peu élevées. Elles ont pour but de permettre à la juridiction administrative de déterminer l'objet du litige qui lui est soumis et de donner l'occasion à la partie intimée de répondre aux griefs formulés à son encontre (ATA/216/2013 du 9 avril 2013 consid.4 ; ATA/1/2007 du 9 janvier 2007 ; ATA/632/2005 du 27 septembre 2005 ; ATA/251/2004 du 23 mars 2004). Elles ne doivent pas être réduites à rien, comme si elles n'étaient en définitive pas posées. S'il lui faut éviter tout formalisme excessif et toute rigueur inutile, la juridiction saisie n'a pas pour autant à se muer en avocate du recourant et, en suppléant aux carences de ce dernier, à devoir imaginer les faits pertinents susceptibles d'avoir été mal établis ou/et interprétés par l'autorité intimée, deviner les éventuelles contrariétés au droit que recèlerait la décision attaquée, et dire à la place du recourant ce que celui-ci devait requérir d'elle (ATAS/163/2015 du 3 mars 2015).

4.4 Conformément au principe de l'interdiction du formalisme excessif en matière de droit des assurances sociales, le juge saisi d'un recours ne doit pas se montrer trop strict lorsqu'il s'agit d'apprécier la forme et le contenu de l'acte de recours. À cet égard, la jurisprudence a précisé qu'il y a lieu d'accorder un délai convenable non seulement dans les cas où l'acte de recours est insuffisamment motivé, mais également en l'absence de toute motivation pour autant que le recourant ait clairement exprimé sa volonté de recourir contre une décision déterminée dans le délai légal de recours ; demeure réservé l'abus de droit (ATF 143 V 249 consid. 6.2 ; ATF 134 V 162 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_805/2012 du 12 mars 2013 consid. 7 ; 9C_248/2010 du 23 juin 2010 consid. 3.1 ; voir également Ueli KIESER, Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG), in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2^{ème} éd., n. 193 p. 299).

4.5 En l'espèce, par décision du 10 octobre 2023, l'office intimé a rejeté la demande du recourant car compte tenu de la pleine capacité de travail dans une

activité adaptée et des mesures suivies dans le cadre de l'intervention précoce, le recourant ne présentait pas de perte de gain.

Le 31 octobre 2023, le recourant a déposé un recours où il a rappelé les circonstances de son accident, ses blessures et les complications lors de sa prise en charge par les HUG. Il a fait état de ses importantes douleurs. Il a indiqué avoir fait une demande qui avait été refusée, refus qui avait été maintenu de sorte qu'il envoyait son écriture à la Cour de céans.

Dès lors, l'acte déposé par le recourant montre son désaccord avec le refus de l'office intimé en rappelant les faits et faisant valoir son état de santé. Il en ressort que le recourant contestant le refus, il sollicite l'octroi des prestations en demandant une nouvelle appréciation de ses atteintes.

Il sera donc retenu que les conditions de recevabilité prévues par l'art. 61 let. b LPGA sont réalisées.

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de LPA).

5. Le litige porte sur le droit du recourant à d'autres prestations que celles qui lui ont déjà été allouées dans le cadre de l'intervention précoce.

6.

6.1 Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2).

6.2 Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes :

« a. 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 ;

b. il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable ;

c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins ».

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

6.4 Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29, al. 1, LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré.

6.5 Conformément à l'art. 88a al. RAI, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où 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

6.6 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. 28a al. 1 LAI).

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

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

6.8 Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons

pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3).

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

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

6.8.3 Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer ; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs

tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b ; SVR 2006 IV n° 10 p. 39).

6.8.4 En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral 9C_486/2022 du 17 août 2023 consid. 6.5 et la référence). En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations y compris d'ordre médical qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral 9C_87/2022 du 8 juillet 2022 consid. 6.2.1 et les références). Au regard de la collaboration, étroite, réciproque et complémentaire selon la jurisprudence, entre les médecins et les organes d'observation professionnelle (cf. ATF 107 V 17 consid. 2b), on ne saurait toutefois dénier toute valeur aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité résiduelle de travail de l'assuré en cause. Au contraire, dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge – conformément au principe de la libre appréciation des preuves – de confronter les deux évaluations et, au besoin de requérir un complément d'instruction (arrêts du Tribunal fédéral 9C_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1, in SVR 2011 IV n° 6 p. 17 ; 9C_833/2007 du 4 juillet 2008, in Plädoyer 2009/1 p. 70 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 35/03 du 24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références, in Plädoyer 2004/3 p. 64 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1).

6.8.5 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 135 V 465 consid. 4.5 et les références ; 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).

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

seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b et les références ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

8.

8.1 Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu réaliser s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 8 al. 1 et art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 128 V 29 consid. 1 ; 104 V 135 consid. 2a et 2b).

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

8.3 Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait – au degré de la vraisemblance prépondérante – réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (ATF 139 V 28 consid. 3.3.2 et ATF 135 V 297 consid. 5.1). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des circonstances au moment de la naissance du droit à la rente et des modifications susceptibles d'influencer ce droit survenues jusqu'au moment où la décision est rendue (ATF 129 V 222 consid. 4.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_869/2017 du 4 mai 2018 consid. 2.2). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'ESS éditée par l'Office fédéral de la statistique (arrêts du Tribunal fédéral I 201/06 du 14 juillet 2006 consid. 5.2.3 et I 774/01 du 4 septembre 2002). 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. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (arrêts du Tribunal fédéral I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2).

8.3.1 Aux termes de l'art. 26 al. 2 RAI, si le revenu effectivement réalisé est inférieur d'au moins 5% aux valeurs médianes usuelles dans la branche selon l'ESS au sens de l'art. 25, al. 3, le revenu sans invalidité correspond à 95% de ces valeurs médianes.

Ainsi, lorsqu'il apparaît que l'assuré touchait un salaire nettement inférieur aux salaires habituels de la branche pour des raisons étrangères à l'invalidité et que les circonstances ne permettent pas de supposer qu'il s'est contenté d'un salaire plus modeste que celui qu'il aurait pu prétendre, il y a lieu d'en tenir compte dans la comparaison des revenus en opérant un parallélisme des revenus à comparer (ATF 134 V 322 consid. 4.1 et les références). Le revenu effectivement réalisé doit être considéré comme nettement inférieur aux salaires habituels de la branche lorsqu'il est inférieur d'au moins 5% au salaire statistique usuel dans la branche (ATF 135 V 297 consid. 6.1.2; arrêt du Tribunal fédéral 8C_677/2021 du 31 janvier 2022 consid. 4.2.2). Lors de l'examen du caractère inférieur à la moyenne du revenu de célibataire, il convient de comparer en premier lieu le revenu statistique usuel de la branche selon l'enquête sur la structure des salaires (ESS) publiée par l'Office fédéral de la statistique (ATF 141 V 1 consid. 5.6).

8.4 Quant au revenu d'invalidé, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 143 V 295 consid. 2.2 et la référence ; 135 V 297 consid. 5.2 et les références). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table TA1 de l'ESS, à la ligne « total secteur privé » (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa), étant précisé que, depuis l'ESS 2012, il y a lieu d'appliquer le tableau TA1_skill_level (ATF 142 V 178). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 126 V 75 consid. 3b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_58/2021 du 30 juin 2021 consid. 4.1.1). La valeur statistique – médiane – s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est

suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3). Il convient de se référer à la version de l'ESS publiée au moment déterminant de la décision querellée (ATF 143 V 295 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_655/2016 du 4 août 2017 consid. 6.3).

8.4.1 Toutefois, lorsque cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu parfois de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers (secteur 2 [production] ou 3 [services]), voire à des branches particulières. Tel est notamment le cas lorsqu'avant l'atteinte à la santé, l'assuré a travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre pas en ligne de compte. En outre, lorsque les circonstances du cas concret le justifient, on peut s'écarter de la table TA1 (secteur privé) pour se référer à la table TA7 (secteur privé et secteur public [Confédération] ensemble), respectivement T17 (à partir de 2012) si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalide et que le secteur en question est adapté et exigible (ATF 133 V 545 et les références citées ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_124/2021 du 2 août 2021 consid. 4.4.1 et 8C_111/2021 du 30 avril 2021 consid. 4.2.1 et les références).

8.5 La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 135 V 297 consid. 5.2 ; ATF 134 V 322 consid. 5.2 et les références ; ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). Il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération ; il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalide, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret (ATF 148 V 174 consid. 6.3. et les références). D'éventuelles limitations liées à la santé, déjà comprises dans l'évaluation médicale de la capacité de travail, ne doivent pas être prises en compte une seconde fois dans l'appréciation de l'abattement, conduisant sinon à une double prise en compte du même facteur (cf. ATF 146 V 16 consid. 4.1 et ss. et les références). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3).

8.6 Selon la teneur de l'art. 26bis al. 3 RAI en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022, si, du fait de l'invalidité, les capacités fonctionnelles de l'assuré au sens de l'art. 49, al. 1bis, ne lui permettent de travailler qu'à un taux d'occupation de 50% ou moins, une déduction de 10% pour le travail à temps partiel est opérée sur la valeur statistique

- 9.** En l'espèce, le recourant fait valoir que son état de santé s'est aggravé suite aux mesures accordées dans le cadre de l'intervention précoce. Outre les douleurs à la main droite qui empêchaient une vie normale, il avait très mal aux jambes, ce qui rendait difficile la marche ou la position debout. L'intimé considère de son côté que le recourant peut réaliser une activité adaptée à 100% à compter du 1^{er} décembre 2021, le recourant n'ayant pas apporté d'élément médical objectivement vérifiable permettant de remettre en cause l'appréciation réalisée. Le recourant avait par ailleurs bénéficié de mesures d'ordre professionnel de sorte qu'il possède les connaissances nécessaires pour travailler en tant qu'opérateur CNC ou toute activité adaptée vu l'éventail du marché du travail.

10.

10.1 Il convient en premier lieu d'examiner la valeur probante des rapports médicaux au dossier.

Ainsi, le rapport des HUG du 3 juillet 2020 a certes constaté la persistance des douleurs et un déficit de force, ce qui rendait impossible le port de lourdes charges ou d'effectuer des mouvements répétés, mais a conclu à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

Dans le cadre de sa prise en charge, la SUVA a également conclu courant décembre 2021 que l'état de santé du recourant était stabilisé et permettait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

Le recourant a été mis au bénéfice de mesures d'intervention précoce comprenant notamment des stages dans l'économie réelle qu'il a pu réaliser à 100% jusqu'à fin janvier 2023.

À ce stade, il sera relevé que dans son auto-évaluation du 23 août 2022, le recourant notait qu'il avait certes été limité au début mais par son poids. Quant aux douleurs, elles ne l'empêchaient pas de travailler. Il a par ailleurs indiqué que le taux de 100% lui convenait.

Il ressort du rapport d'évaluation de stage du 21 décembre 2022 que les débuts avaient été difficiles, mais que l'évolution avait été bonne. Il était relevé que le recourant souffrait un peu des jambes car il était toujours debout. S'agissant de son poignet droit, il ne portait pas de poids. Il était conclu que le recourant pouvait faire un très bon opérateur CNC.

Par avis du 9 octobre 2023, le SMR a confirmé une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée dès le 1^{er} décembre 2021.

Le recourant allègue une aggravation de son état de santé après les mesures qui se sont terminées fin janvier 2023.

S'agissant des éléments produits par le recourant, il y a tout d'abord le rapport des HUG du 20 juin 2023 communiqué dans le cadre de la procédure d'audition. Ce dernier explique que la consultation fait suite à l'aggravation progressive des douleurs et de paresthésies sur la partie ulnaire de la main et des diagnostics secondaires qui sont tous antérieurs à 2023 hormis une neuropathie ulnaire constatée le jour du rapport.

Sur interpellation de l'office intimé, les HUG ont répondu par rapport du 25 septembre 2023 que l'atteinte orthopédique n'avait aucun impact sur la capacité de travail, le recourant n'étant plus au bénéfice d'un arrêt de travail depuis le 6 février 2022.

Dans le rapport du 3 octobre 2023, les HUG indiquent que les douleurs sont importantes à chaque fois que le recourant porte quelque chose en supination ou en pronation, mais pas en position verticale. L'amincissement cartilagineux et le défaut ostéocartilagineux n'avaient pas connu de progression significative selon le nouveau scanner réalisé.

Quant au volet neurologique, l'IRM du 28 juin 2023 concluait à des signes de conflit ulno-lunaire stables. Dans le rapport du 6 juillet 2023, il est relevé que cliniquement, l'examen neurologique des membres supérieurs retrouvait une hypoesthésie du territoire ulnaire droit, sans perte de discrimination toucher/piquer, associée à un signe de tincl aux coudes légèrement positif des deux côtés. L'électroneuromyogramme (ENMG) des deux membres supérieurs était normal.

Enfin, le recourant a produit un rapport du 31 janvier 2024 qui conclut à des douleurs chroniques améliorées uniquement par le port d'une attelle. Les HUG préconisaient une reconversion professionnelle dans une activité limitant le port de charge de 15 kg et n'impliquant pas de port de charges en supination ou pronation

Par conséquent, les éléments médicaux au dossier qu'ils émanent du SMR, de la SUVA ou des HUG concluent tous à l'impossibilité de reprendre l'activité habituelle, mais à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Les limitations fixées sont similaires. Aucun rapport au dossier ne permet de retenir une aggravation de l'état de santé ayant une répercussion sur la pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

Au vu de ce qui précède, force est de constater que le recourant n'a produit aucun document permettant de remettre en cause la capacité de travail entière fixée dans une activité adaptée à compter de décembre 2021, laquelle devra dès lors être confirmée.

10.2 Reste à examiner les comparaisons des gains effectuées, l'intimé ayant calculé le degré d'invalidité en 2021 et 2022.

À ce stade, il sied de rappeler que l'incapacité de travail totale a débuté le 13 décembre 2019 et que la demande de prestations date du 22 juin 2020. L'amélioration de l'état de santé permettant une pleine capacité de travail a en outre été fixée au 1^{er} décembre 2021.

Par conséquent, à l'échéance du délai de carence d'une année, le recourant était toujours en totale incapacité de travail. Il a dès lors droit à une rente d'invalidité entière du 1^{er} décembre 2020 au 28 février 2022, soit pendant les trois mois suivant l'amélioration fixée à compter du 1^{er} décembre 2021 permettant une pleine capacité de travail, ce conformément aux art. 28 et 29 al. 1 LAI ainsi qu'à l'art. 88a al. 1 RAI.

La décision litigieuse devra donc être annulée pour ce motif.

En ce qui concerne la comparaison des gains qui doit dès lors être réalisée dès mars 2022, l'intimé constatant une différence entre le salaire sans invalidité annoncé et le salaire statistique de plus de 5%, il a parallélisé les revenus, ce qui est conforme à la jurisprudence et les dispositions légales en la matière.

Le revenu sans invalidité de CHF 66'951.- est donc conforme aux principes en la matière.

S'agissant du revenu avec invalidité, l'intimé s'est basé sur le tableau TA1_tirage_skill_level, ligne 24-35 de l'Enquête Suisse sur la Structure des salaires (ESS), considérant que vu les mesures accordées dans le cadre de l'intervention précoce, le recourant pouvait travailler en tant qu'opérateur CNC. Aucun abattement n'a été retenu.

Il apparaît toutefois qu'au moment de référence pour le calcul du degré d'invalidité, soit mars 2022, le recourant n'avait pas achevé les mesures, de sorte qu'il se justifie d'appliquer le tableau TA1_tirage_skill_level de l'ESS 2020 dont il ressort que le revenu statistique tiré d'activités physiques ou manuelles simples dans le secteur privé s'élève à CHF 5'261.- pour un homme (niveau 1, total, part au 13^{ème} salaire comprise), ou à CHF 63'132.- par année pour un plein temps (5'261 × 12).

Le salaire hypothétique de CHF 63'132.- se base sur une durée hebdomadaire de travail de 40 heures, inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises. Il convient dès lors de l'ajuster à la durée hebdomadaire normale de travail en 2020 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1), laquelle est de 41.7 heures (tableau « Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique » de l'OFS), ce qui porte le salaire annuel à CHF 65'815.11 pour un plein temps (63'132 × 41.7 / 40).

Selon le tableau T1.93 publié par l'OFS, les salaires nominaux des hommes ont évolué comme suit : - 0.7% en 2021 (disponible sur : <https://>

www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/travail-remuneration/salaires-revenus-cout-travail/indice-salaires/par-sexe.assetdetail.24745533.html).

C'est par ailleurs à juste titre que l'intimé n'a pas tenu compte d'un abattement.

En effet, l'importante modification du taux d'invalidité a fait basculer le cas du recourant sous le droit applicable au 1^{er} janvier 2022, lequel ne prévoit aucun abattement en cas de capacité de travail de 100%.

Il en résulte un revenu avec invalidité de CHF 65'354.40.-, ce qui conduit à un degré d'invalidité de 2,38%, compte tenu du revenu sans invalidité de CHF 66'951.-, ce qui n'ouvre pas le droit à des prestations

Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, le recourant ayant droit à une rente limitée dans le temps du 1^{er} décembre 2020 au 28 février 2022.

Non représenté le recourant n'a pas droit à des dépens.

L'intimé sera condamné au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al.1bis LAI).

**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'OAI du 10 octobre 2023.
4. Dit que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} décembre 2020 au 28 février 2022.
5. Renvoie la cause à l'OAI pour calcul des prestations dues.
6. Dit qu'il n'est pas alloué d'indemnité de procédure au recourant.
7. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'OAI.
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 suppléante

Pascale HUGI

Marie-Josée COSTA

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