

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/558/2024

ATAS/733/2024

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 25 septembre 2024

Chambre 4

En la cause

A _____

recourant

représenté par Maître Rachel DUC, avocate

contre

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

intimé

**Siégeant : Catherine TAPPONNIER, présidente; Dana DORDEA et Christine
LUZZATTO, Juges assesseures**

EN FAIT

- A.** **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant) est né le _____ 1988, originaire du Kosovo, entré en Suisse le 4 juin 2009 et célibataire.
- b.** Il a travaillé comme ferrailleur professionnel.
- B.** **a.** Il a demandé les prestations de l'assurance-invalidité par formulaire du 27 septembre 2018 enregistré par l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI) le 1^{er} octobre 2018, en raison d'une incapacité de travail de 100% dès le 28 février 2018 due à une pathologie cardiovasculaire.
- b.** Dans un rapport du 3 mars 2020, le docteur B_____, spécialiste FMH en médecine interne et maladies rhumatismales, a indiqué que l'assuré s'était bien remis de son opération du cœur et que son aptitude physique générale était bonne. Le pacemaker avait été installé comme prévu et il n'y avait plus de problème de rythme depuis lors. Il n'y avait pas de limitation fonctionnelle strictement cardiologique. Le 4 septembre 2018, l'assuré avait bénéficié d'une angioplastie avec pose d'un stent au niveau de la jonction ilio-fémorale droite avec succès. Le status clinique sur le plan cardiovasculaire était en ordre et il n'y avait pas de limitation fonctionnelle en lien avec cette atteinte.
- Les deux hernies inguinales de l'assuré avaient été opérées avec la persistance de douleurs chroniques peu claires. Différents traitements de médecine physique avaient été mis en route sans véritablement améliorer ses douleurs dans la région des adducteurs. Il persistait des douleurs en flexion intérieur du tronc prolongée, lors de la marche prolongée ainsi que lors du port de charges plus de 5 kg. L'assuré serait capable actuellement de reprendre une activité respectant ces limitations fonctionnelles à 100%. Dans son activité habituelle de ferrailleur, sa capacité était de 0%.
- c.** Par décision du 5 novembre 2020, l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI ou l'intimé) a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité pour la période du 1^{er} avril 2019 au 31 mai 2020.
- C.** **a.** Le 28 août 2021, l'assuré a glissé en descendant des escaliers.
- b.** Il s'est présenté le même jour au service des urgences de l'Hôpital de la Tour, qui a constaté des douleurs aux deux coudes, avec une mobilisation impossible, ainsi qu'au niveau des poignets et un traumatisme léger aux genoux. Des examens complémentaires (radiologie générale du coude gauche) ont mis en évidence une fracture de la tête radiale.
- c.** Le 1^{er} mars 2022, le Dr B_____ a indiqué à un confrère que l'assuré avait eu un traumatisme avec une fracture des deux coudes et qu'il avait bénéficié d'un suivi pour des douleurs persistantes du côté droit. Le CT de contrôle du coude droit de l'assuré du 1^{er} février 2022 faisait état d'une consolidation, mais également d'un début de troubles dégénératifs articulaires.

d. Le 20 juin 2022, le professeur C_____, médecin adjoint du département de chirurgie des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après : HUG), a posé le diagnostic d'arthrose avancée bifocale du coude droit de l'assuré. Il n'y avait pas d'indication à une ostéotomie, mais il y en avait une pour une prothèse de la tête radiale. L'assuré ne désirant pas ce genre d'acte opératoire pour le moment, il lui avait été proposé une infiltration avec des corticoïdes et un anesthésique local.

e. Dans un rapport du 28 juin 2022, le Dr B_____ a indiqué que depuis l'événement du 28 août 2021, les entorses des poignets de l'assuré s'étaient entièrement résolues, mais qu'il persistait un problème au coude droit. L'assuré était très limité dans les activités physiques avec son membre supérieur droit en raison d'un flexum douloureux. Il était prêt à reprendre un travail, mais celui de ferrailleur était totalement exclu. La question d'une intervention chirurgicale était en cours d'examen.

f. Le 14 juillet 2022, l'assuré a demandé à l'OAI de revoir son droit à une rente d'invalidité en raison de son accident du 28 août 2021.

g. Le 13 septembre 2022, le Prof. C_____ a indiqué que l'assuré avait une évolution assez satisfaisante avec l'infiltration qui avait été réalisée. Cependant, dès qu'il effectuait des efforts avec son membre supérieur droit, il ressentait de fortes douleurs au niveau de son articulation huméro-ulnaire. De plus, de simples mouvements de torsion au niveau de son cadre antébrachial révélait des douleurs au niveau de son coude. Il présentait une arthrose tricompartmentale, qui à son âge, n'avait qu'un sombre pronostic. Il n'y avait que des possibilités chirurgicales palliatives, sous forme d'une possible dénervation de l'articulation du coude, mais avec des résultats partiels et non pérennes dans le temps, ce qui n'était pas conseillé chez un jeune homme de 33 ans.

h. Selon le rapport établi le 21 septembre 2022 par le docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologique et médecin d'assurance de la Caisse nationale d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA), l'assuré avait été victime d'une fracture de la tête radiale – qui était d'évolution lente et laissait persister des douleurs aux changements de temps –, un discret flexum et une perte de force à 50% du côté droit par rapport au côté gauche. Le Dr D_____ avait constaté, s'agissant du coude de l'assuré, qu'il existait un flexum de 10° en progression favorable depuis le mois de juin. Il a posé les diagnostics de contusions osseuses des deux poignets, de fracture sans déplacement du coude gauche et de fracture multi-fragmentaire du coude, de la tête radiale droite, avec « au niveau articulaire défaut et petites marches d'escaliers de 2 mm à deux endroits », avec apparition d'un début d'arthrose du coude. Le métier de ferrailleur n'était plus exigible de l'assuré. Sa capacité de travail exigible était de 100% dans une activité respectant les limitations fonctionnelles suivantes :

- pas de port de charge en porte-à-faux ni en pression supérieure à 20 kg ;

- pas de poussée en pronosupination contrariée supérieure à 20 kg ;
- pas de nécessité de flexion-extension forcée et utilisation préférentielle des deux bras dans les travaux de force ;
- pas de travail avec des chocs répétés, du martelage ou des vibrations avec le membre supérieur droit.

Il existait des facteurs limitant dans certains mouvements, en particulier l'existence d'un cardiostimulateur, dont l'implantation limitait l'utilisation de l'épaule gauche, ainsi qu'une maladie vasculaire, qui avait conduit à la mise en place d'un stent.

La main au niveau distal était pleinement utilisable pour les travaux fins. Le cas était stabilisé.

i. Dans un avis du 22 octobre 2022, le Service Médical Régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) a estimé nécessaire de compléter l'appréciation du Dr D_____ par des rapports du Prof. C_____, du Dr B_____, du cardiologue et du généraliste traitant (rapport initial).

j. Le 10 novembre 2022, le Dr B_____ a indiqué à l'OAI que malgré la rééducation physique et l'infiltration, il persistait un flexum douloureux du coude droit de l'assuré. Celui-ci ne pouvait pas porter des charges de plus de 2 kg et était limité dans la préhension (prosupination). Les actes de la vie quotidiennes étaient très limités pour l'utilisation de son membre supérieur droit. Il ne pouvait reprendre son activité habituelle, en raison de sa pathologie, qui était invalidante, sans possibilité chirurgicale. Sa capacité de travail était nulle également dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Le médecin s'en rapportait à ce sujet aux documents des orthopédistes.

k. Par décision du 21 novembre 2022, la SUVA a estimé que l'assuré pouvait travailler à 100% dans une activité adaptée à ses limitations et que son taux d'invalidité était de 5%, ce qui ne lui ouvrait pas le droit à une rente d'invalidité, mais qu'il avait droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (10%).

l. La docteure E_____, cheffe de clinique, a indiqué, dans un rapport du 25 novembre 2022, que l'assuré souffrait d'une arthrose du coude avec des raideurs et des douleurs (référence faite à la consultation du Dr C_____). Il y avait une évolution vers une aggravation de la douleur et de la raideur. L'assuré avait eu une infiltration de son articulation qui l'avait un peu soulagé. Les restrictions fonctionnelles étaient une perte des mobilités du coude droit et une diminution de la force avec l'impossibilité de réaliser un travail de force ou répétitif avec celui-ci. La Dre E_____ n'a pas répondu à la question de la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle ou dans une activité adaptée.

m. Dans un avis du 2 février 2023, le SMR a rappelé qu'il avait précédemment demandé un complément d'information auprès des médecins traitants (Dr B_____, Prof. C_____ et cardiologue). Il a ensuite résumé le rapport établi

le 10 novembre 2022 par le Dr B____ et celui établi le 13 septembre 2022 par le Prof. C____. Sur cette base, il a considéré que les pièces apportées au dossier étaient suffisantes pour se prononcer sur la capacité de travail de l'assuré. Elle était définitivement nulle dans l'activité habituelle de ferrailleur depuis le 28 août 2021, en raison du pronostic sombre du coude droit rapporté par le Prof. C____, sans option chirurgicale exigible. S'agissant de sa capacité de travailler dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles du membre supérieur droit, le SMR suivait l'avis du Dr D____, qui estimait qu'elle était de 100% depuis juin 2022, référence faite au rapport du Dr B____ qui attestait de la résolution du problème des poignets. Le SMR ne pouvait soutenir la capacité de travail nulle dans une activité adaptée retenue par le Dr B____, puisqu'actuellement, l'atteinte fonctionnelle était limitée au membre supérieur droit chez ce jeune assuré. En outre, les facteurs limitants évoqués par le Dr D____, soit l'impact du cardiostimulateur sur la mobilité de l'épaule gauche de l'assuré et la maladie vasculaire ayant nécessité la pose d'un stent fémoral, n'étaient rapportés par aucun des médecins traitants de celui-ci comme ayant un impact fonctionnel.

n. Par décision du 15 janvier 2024, l'OAI a rejeté la demande du 14 juillet 2022, considérant que l'assuré n'avait droit pas droit à une rente d'invalidité ni à des mesures professionnelles, dès lors que selon les tabelles statistiques, son degré d'invalidité était de 0%. Il retenait que l'assuré était totalement incapable de travailler dans son activité habituelle, mais qu'une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles était exigible à 100% dès juin 2022.

- D.**
- a.** Le 16 février 2024, l'assuré a formé recours auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans) contre cette décision, concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, avec suite de frais et dépens.
 - b.** Le 18 mars 2024, l'intimé a conclu au rejet du recours.
 - c.** Le 15 avril 2024, le recourant a persisté dans ses conclusions.

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 Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la de loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente entière d'invalidité et à des mesures professionnelles pour les conséquences de son accident du 28 août 2021.

3.

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

3.2 En l'occurrence, un éventuel droit à une rente d'invalidité du recourant naîtrait au plus tôt en décembre 2022, soit six mois après le dépôt de la demande du 14 juillet 2022 (cf. art. 29 al. 1 LAI), de sorte que ce sont les dispositions légales dans leur nouvelle teneur qui sont applicables.

4.

4.1

4.1.1 Le recourant fait valoir que l'intimé s'était fondé sur un dossier insuffisamment instruit, car il avait rendu sa décision le 15 janvier 2024 alors que le dernier rapport médical le concernant était celui du SMR du 12 janvier 2023. Ce dernier se fondait essentiellement sur le rapport du médecin-conseil de la SUVA du 22 septembre 2022, qui mentionnait une aggravation de son état. Le SMR avait également eu connaissance avant de rendre son avis des rapports du Dr B_____ et du Prof. C_____, qui attestaient de l'aggravation de son état. Depuis lors, son état s'était encore aggravé.

4.1.2 Selon l'intimé, le SMR avait pris en compte tant l'évaluation faite par le médecin d'arrondissement de la SUVA que celles des médecins traitants du recourant pour déterminer sa capacité de travail et ses limitations fonctionnelles. Aucun élément médical objectivement vérifiable – de nature clinique ou diagnostique – qui aurait été ignoré dans le cadre de l'instruction et qui serait suffisamment pertinent pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions du

SMR et de l'intimé n'avait été apporté par le recourant. L'instruction permettait de statuer en pleine connaissance de cause sur son état de santé et sa capacité de travail, de sorte que la mise en œuvre de mesure d'investigations complémentaires était inutile.

4.2

4.2.1 A droit à une rente d'invalidité, l'assuré dont la capacité de gain ou la capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, qui a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qui, au terme de cette année, est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI).

Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA).

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 I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

4.2.2 Dans l'assurance-invalidité, l'invalidité est survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. S'agissant de la détermination du droit à une rente d'invalidité, il faut ainsi examiner si les conditions de l'art. 28 al. 1 LAI sont remplies. Contrairement à l'assurance-invalidité, l'assurance-accidents est, quant à elle, chargée du traitement de l'atteinte à la santé (cf. art. 10 de la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 ; RS 832.20) et le droit à une rente de cette assurance ne dépend pas de la durée de l'incapacité de travail, mais du moment à partir duquel il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et du terme d'éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité. Les offices AI n'ont, quant à eux, pas à attendre l'issue des mesures thérapeutiques, ni la stabilisation du cas, mais sont tenus d'évaluer la capacité de gain des assurés bien avant (arrêt du Tribunal fédéral 8C_239/2020 du 19 avril 2021 consid. 8.2).

4.2.3 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. 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).

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

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

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

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; ATF 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).

4.2.5 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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 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 126 V 319 consid. 5a).

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 des assurances 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).

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a; 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).

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).

4.3

4.3.1 En l'espèce, le recourant a fait valoir que les pièces médicales au dossier attestaient d'une aggravation de son état de santé.

La chambre de céans constate à cet égard qu'il ne ressort pas du rapport du Dr D_____, que l'état de santé du recourant se serait aggravé, mais au contraire qu'il a évolué globalement positivement quand bien même le coude droit était toujours douloureux. Le recourant a d'ailleurs déclaré au Dr D_____, lors de son examen, que l'infiltration l'avait bien soulagé. Si le Dr D_____ évoquait dans son rapport une évolution possible vers une aggravation de l'arthrose radiale, celle-ci restait en l'état hypothétique.

Dans son rapport du 10 novembre 2022, le Dr B_____ indiquait que malgré la rééducation physique et l'infiltration, il persistait un flexum douloureux du coude droit du recourant. Ce dernier ne pouvait pas porter des charges de plus de 2 kg, il était limité dans la préhension (prosupination) et les activités de la vie quotidiennes étaient très limitées pour l'utilisation du membre supérieur droit. Il ne ressort pas non plus de ce rapport que l'état de santé du recourant se serait aggravé.

Cela ne ressort pas non plus du rapport établi le 13 septembre 2022 par le Prof. C_____, qui mentionnait une évolution assez satisfaisante suite à l'infiltration. Le fait qu'il indiquait que le recourant ressentait de fortes douleurs au niveau de son articulation huméro-ulnaire dès qu'il effectuait des efforts avec son membre supérieur droit et que de simples mouvements de torsion au niveau de son cadre antébrachial révélaient des douleurs au niveau de son coude attestait des conséquences à long terme de son accident, qui dès le début avait provoqué des douleurs aux coudes du recourant (rapport des urgences de l'Hôpital de la Tour du 28 août 2021 et du docteur F_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologique de l'appareil locomoteur, du 21 octobre 2021), avec une mobilisation alors impossible. L'état de santé général de l'assuré s'est donc bien amélioré depuis lors, mais des douleurs ont persisté à son coude droit, selon le rapport du Dr B_____ du 1^{er} mars 2022.

Le fait que le rapport établi le 13 septembre 2022 par le Prof. C_____ indique que le recourant présentait une arthrose, qui à son âge, n'avait qu'un sombre pronostic n'atteste pas non plus d'une aggravation avérée de son état, mais d'un début d'arthrose qui n'était pas encore incapacitante. Ce qui était déterminant

pour se prononcer sur le droit à une rente du recourant au moment de la décision de l'OAI, c'était sa capacité de travail à cette date.

Dans son rapport du 25 novembre 2022, la Dre E_____ retenait une évolution vers une aggravation de la douleur et de la raideur du coude du recourant, en relevant toutefois qu'une infiltration de son articulation l'avait un peu soulagé. Ce rapport peu motivé ne permet pas de retenir une aggravation significative de l'état du recourant, qui aurait une incidence sur la capacité de travail du recourant.

Enfin, aucun rapport au dossier ne permet de retenir que l'état de santé du recourant se serait aggravé de façon notable entre le dernier avis du SMR du 2 février 2023 et la décision de l'intimé du 15 janvier 2024.

4.3.2 L'intimé a retenu que le recourant était totalement capable de travailler dans une activité adaptée dès juin 2022, sur la base du rapport du Dr D_____ du 22 octobre 2022, qui précisait notamment que sa main était pleinement utilisable au niveau distal pour les travaux fins.

L'avis contraire du Dr B_____ du 10 novembre 2022 n'est pas probant, faute de motivation à ce sujet et vu l'atteinte à la santé retenue par celui-ci, à savoir un flexum douloureux du coude droit du recourant, ainsi les limitations retenues, à savoir le port des charges de plus de 2 kg et la préhension (prosupination), lesquelles ne sont pas de nature à empêcher une activité simple et répétitive adaptée strictement adaptée aux limitations fonctionnelles.

Enfin, l'intensité des douleurs du recourant au coude droit n'apparaît pas telle qu'elle l'empêcherait d'exercer une activité respectant ses limitations, étant relevé qu'il a indiqué au Dr D_____ qu'il prenait un Dafalgan le soir avant de se coucher et parfois un dans la journée et qu'il avait des douleurs aux changements de temps.

Le Prof. C_____ ne s'est quant à lui pas prononcé, dans son rapport du 13 septembre 2022, sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée. Les douleurs à l'effort et aux mouvements relevées par celui-ci ne suffisent pas à retenir qu'il serait incapable de travailler dans une activité adaptée. Il en est de même des limitations retenues par la Dre E_____, le 25 novembre 2022, à savoir une perte des mobilités du coude droit et une diminution de la force avec impossibilité de réaliser un travail de force ou un travail répétitif avec ce coude.

4.3.3 Le recourant fait encore valoir qu'il n'était pas capable de maintenir un rendement de 100% et que sa capacité de travail n'était pas pleine même dans une potentielle activité adaptée.

En l'occurrence, aucune pièce médicale au dossier ne permet de retenir que le recourant ne serait pas pleinement capable de travailler dans une activité simple et répétitive légère respectant ses limitations fonctionnelles limitées à son coude droit.

4.3.4 Dans son avis du 22 octobre 2022, le SMR avait estimé nécessaire de compléter le dossier avec des rapports des Drs B_____, C_____ et le cardiologue traitant notamment. Le SMR s'est finalement prononcé le 2 février 2023 sur la base d'un dossier complété uniquement par le rapport du Dr B_____ du 10 novembre 2022.

Dès lors qu'il ressort du rapport du Dr D_____ que le recourant n'a pas revu le Prof. C_____ depuis le 7 septembre 2022, un rapport complémentaire de sa part n'était pas nécessaire.

Un rapport complémentaire du cardiologue du recourant ne l'était pas non plus, car le fait que le Dr D_____ avait mentionné dans son rapport que l'implantation du cardiostimulateur limitait l'utilisation de l'épaule gauche du recourant et que celui-ci était porteur d'un stent n'est pas non plus de nature à exclure une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Il faut rappeler à ce sujet que dans son rapport du 3 mars 2020, le Dr B_____ avait indiqué que le recourant n'avait pas de limitation fonctionnelle du point de vue cardiaque.

4.4 En conclusion, la décision querellée était fondée sur une instruction suffisante.

5.

5.1

5.1.1 Le recourant conteste également l'absence d'abattement retenu par l'intimé sur le revenu d'invalidé, faisant valoir que ses limitations fonctionnelles ne pouvaient conduire qu'à l'exercice d'une activité légère, voire très légère, et qu'à cela s'ajoutait certainement d'autres limitations fonctionnelles qui n'avaient pas été prises en compte par l'autorité au moment de sa décision et qui devaient faire l'objet d'une instruction complémentaire.

Il n'avait exercé que des activités lucratives à caractère physique et ses douleurs rendaient difficile des activités nécessitant de la concentration. Il était ainsi clairement défavorisé, même sur un marché de l'emploi équilibré et un abattement de 25% devait être retenu.

5.1.2 L'intimé a relevé que l'abattement dû à l'atteinte à la santé avait été remplacé en 2022 par les dispositions règlementaires sur l'évaluation du taux d'invalidité et que c'était l'appréciation complète de la capacité fonctionnelle et l'éventuel abattement pour travail à temps partiel qui avait désormais un rôle prépondérant.

5.2 Selon la jurisprudence récente du Tribunal fédéral (arrêt 8C_823/2023 du 8 juillet 2024), nonobstant l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2022 de l'art. 26bis al. 3 RAI, la jurisprudence développée par le Tribunal fédéral antérieurement au 1^{er} janvier 2022 concernant les critères justifiant un abattement sur le salaire d'invalidé issu des statistiques demeure applicable.

Un abattement sur le revenu d'invalidé n'est en principe pas appliqué pour des personnes assurées dont la dernière activité impliquait des travaux physiquement contraignants et qui, après la survenance d'une atteinte à la santé, ne peuvent exercer plus qu'un travail légèrement ou moyennement contraignant, mais sans limitation de l'horaire de travail ni baisse de rendement, parce que le salaire statistique retenu dans leur cas est tiré d'un tableau de l'ESS correspondant à un faible niveau d'exigence englobant un grand nombre de tâches légères ou moyennement lourdes et que la personne assurée n'a pas à subir de ce seul fait une diminution de son revenu (arrêt du Tribunal fédéral 8C_381/2017 du 7 août 2017 consid. 4.2.2 et références citées).

5.3 En l'espèce, un abattement sur le revenu d'invalidé du recourant ne se justifiait pas, à teneur de la jurisprudence précitée. Cela étant, il sera relevé que même en tenant compte d'un abattement maximal, cela ne lui ouvrirait pas un droit à une rente, dès lors que le taux minimum de 40% d'invalidité (art. 28b al. 4 LAI) ne serait pas atteint.

6.

6.1

6.1.1 Le recourant conteste encore la détermination du degré d'invalidité, faisant valoir qu'il ne lui était pas possible de se déterminer sur le calcul de la perte de gain, dans la mesure où celui-ci n'était pas chiffré dans la décision du 15 janvier 2024. Il fait également valoir son dernier salaire connu en qualité de ferrailleur qui s'élevait à CHF 4'950.- par mois x 13, soit CHF 64'350.- par an.

La durée hebdomadaire ne devait excéder 40 heures par semaine et compte tenu des douleurs et des limitations fonctionnelles du recourant, ses revenus seraient inférieurs au montant retenu. Le calcul de la perte de gain devait être revu.

6.1.2 Selon l'intimé, à défaut d'une situation professionnelle stable et de données salariales concrètes, c'était à juste titre qu'il avait déterminé le revenu sans invalidité du recourant d'après les ESS. Dans la mesure où les revenus avec et sans invalidité étaient fondés sur la même table statistique, les revenus avant et après invalidité étaient calculés sur la même base. Il était dès lors superflu de les chiffrer avec exactitude, le degré d'invalidité se confondant avec celui de l'incapacité de travail.

6.2 Pour déterminer le revenu sans invalidité, il convient d'établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas devenu invalide. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Partant de la présomption que l'assuré aurait continué d'exercer son activité sans la survenance de son invalidité, ce revenu se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en prenant en compte également l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente ; des exceptions ne peuvent être admises que si elles sont établies au degré de la vraisemblance prépondérante

(ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 139 V 28 consid. 3.3.2 et les références ; 135 V 297 consid. 5.1 et les références ; 134 V 322 consid. 4.1 et les références). Toutefois, lorsque la perte de l'emploi est due à des motifs étrangers à l'invalidité, le salaire doit être établi sur la base de valeurs moyennes. Autrement dit, dans un tel cas, n'est pas déterminant pour la fixation du revenu hypothétique de la personne valide le salaire que la personne assurée réaliserait actuellement auprès de son ancien employeur, mais bien plutôt celui qu'elle réaliserait si elle n'était pas devenue invalide. Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, un tel cas d'exception se présente par exemple lorsque le poste de travail que l'assuré occupait avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment de l'évaluation de l'invalidité, lorsqu'il n'aurait pas pu conserver son poste en raison des difficultés économiques, en cas de faillite ou de restructuration de l'entreprise (arrêt du Tribunal fédéral 8C_746/2023 du 7 juin 2024 consid. 4.3 et les références).

Tel sera le cas également 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 (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).

Le salaire réalisé en dernier lieu comprend tous les revenus d'une activité lucrative (y compris les gains accessoires, la rémunération des heures supplémentaires effectuées de manière régulière) soumis aux cotisations à l'assurance-vieillesse et survivants. A cet effet, on se fondera en principe sur les renseignements fournis par l'employeur (arrêt du Tribunal fédéral 9C_434/2023 du 30 novembre 2023 consid. 3 et la référence).

Il est toutefois possible de s'écarter du dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé quand on ne peut pas l'évaluer sûrement. Ainsi, lorsque le revenu avant l'atteinte à la santé a été soumis à des fluctuations importantes à relativement court terme, il y a lieu de se baser sur le revenu moyen réalisé pendant une période assez longue (arrêt du Tribunal fédéral 8C_157/2023 du 10 août 2023 consid. 3.2 et la référence).

Lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même table statistique, il n'est pas nécessaire de les chiffrer précisément, dans la mesure où le taux d'invalidité se confond avec le taux d'incapacité de travail. Dans ce cas, le degré d'invalidité correspond en effet au degré d'incapacité de travail, compte tenu d'une éventuelle déduction du salaire fondé sur les statistiques, qui ne doit pas dépasser 25%. Il ne s'agit pas d'une "comparaison en pour-cent" au sens de l'ATF 114 V 310 consid. 3a, mais d'une simplification purement arithmétique

(arrêt du Tribunal fédéral 8C_111/2023 du 12 octobre 2023 consid. 6.2 et les références).

Même s'il n'est pas indispensable de déterminer avec précision les salaires de références, il n'en demeure pas moins que, dans cette situation, l'évaluation de l'invalidité repose sur des données statistiques. Par conséquent, une réduction supplémentaire du revenu d'invalidé est possible (arrêt du Tribunal fédéral 9C_842/2018 du 7 mars 2019 consid. 5.1 et les références).

Les salaires bruts standardisés selon l'ESS sont calculés sur la base d'un horaire hebdomadaire de 40 heures (ATF 126 V 75 consid. 3b/bb).

6.3 Dans sa décision, l'intimé a indiqué qu'il était difficile de déterminer avec précision le revenu sans invalidité du recourant au vu de son parcours professionnel, de ses gains fluctuants et de l'absence de revenus significatifs depuis quelques années, de sorte que les revenus avec et sans invalidité étaient fondés sur la même table statistique et qu'il était superflu de chiffrer ces derniers avec exactitude.

Il ressort de l'extrait du compte individuel du recourant qu'il était sans activité lucrative en 2019, qu'il a reçu des indemnités de chômage pendant quelques mois en 2020 à hauteur de CHF 8'241.-, puis des revenus de CHF 8'906.- d'octobre à décembre 2020 et CHF 12'494.- du janvier à août 2021 de G_____ SA. Dans ces circonstances, l'intimé était fondé à se référer aux ESS pour déterminer son revenu avant invalidité.

Dès lors que les revenus pris en compte pour déterminer son taux d'invalidité étaient fondés sur la même table statistique, il n'était pas nécessaire de les chiffrer précisément, dans la mesure où le taux d'invalidité se confond, dans ce cas de figure, avec le taux d'incapacité.

La durée hebdomadaire du travail exigible du recourant pris en compte par l'intimé n'excédait pas 40 heures par semaine, puisque les salaires bruts standardisés selon l'ESS sont calculés sur la base d'un horaire hebdomadaire de 40 heures.

7.

7.1

7.1.1 Subsidièrement, le recourant fait valoir le droit à des mesures professionnelles. Il avait exercé la même activité durant dix ans. Sa condition médicale rendait impossible la poursuite de cette activité ou de toute autre activité ayant des exigences similaires. La plupart des activités simples et répétitives sans qualification sur le marché du travail ne convenaient pas à ses limitations fonctionnelles, car elles étaient souvent à caractère physique. Des mesures étaient donc nécessaires pour favoriser sa réadaptation dans une autre profession que l'intimé ne nommait pas.

Compte tenu de l'abattement à prendre en compte et de la question de la capacité de travail et du rendement, il apparaissait que les 20% de perte de gain requis pour une mesure de reclassement était présente. Ainsi, des mesures d'ordre professionnelle devait lui être accordées si une rente pleine ne lui était pas accordée.

7.1.2 Selon l'intimé, le recourant pouvait exercer différentes activités adaptées qui ne nécessitaient pas de formation complémentaire (ESS ligne total, activités simples et répétitives, tous secteur confondu, sans qualifications requises pour un homme exerçant une activité à 100%). Selon la jurisprudence, il convenait d'admettre que dans la mesure où le marché du travail offrait un éventail suffisamment large d'activités légères, dont un nombre significatif qui était à l'évidence adapté aux limitations du recourant et accessible sans aucune formation particulière, il n'existait guère d'obstacle pour celui-ci à l'exercice d'un emploi adapté à ses problèmes de santé. Le recourant n'établissait pas en quoi des activités simples ne seraient pas exigibles au regard des limitations retenues. Il n'y avait pas lieu dans ce contexte d'examiner dans quelle mesure la situation concrète du marché du travail lui permettrait de retrouver un emploi.

7.2 Selon l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée (al. 1). La rééducation dans la même profession est assimilée au reclassement (al. 2). Sont considérées comme un reclassement les mesures de formation destinées à des assurés qui en ont besoin, en raison de leur invalidité, après achèvement d'une formation professionnelle initiale ou après le début de l'exercice d'une activité lucrative sans formation préalable, pour maintenir ou pour améliorer sensiblement leur capacité de gain (art. 6 al. 1 RAI).

Une perte de gain de 20% environ ouvre en principe droit à une mesure de reclassement dans une nouvelle profession (ATF 124 V 108 consid. 2b et les arrêts cités).

7.3 En l'espèce, le degré d'invalidité du recourant n'atteint pas le seuil de 20% donnant droit à une mesure de reclassement. Compte tenu des limitations fonctionnelles retenues, il faut admettre qu'il existe un nombre suffisamment large d'activités légères sur le marché du travail que le recourant peut assumer malgré ses limitations fonctionnelles et sans formation complémentaire.

8. Infondé, le recours sera rejeté.

Vu l'issue du litige, un émolument de CHF 200.- sera mis à la charge du recourant (art. 69 al. 1 bis LAI).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge du recourant.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Julia BARRY

Catherine TAPPONNIER

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