

EN FAIT

A. a. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1979, de nationalité kosovare, est entré en Suisse en 2008 et a exercé une activité de peintre aide-plâtrier en dernier lieu pour B_____, pour un salaire annuel en 2018 de CHF 61'152.-.

b. Le 15 octobre 2018, l'assuré a été victime d'un accident professionnel ; il a chuté d'une échelle et s'est notamment blessé à la main gauche qui a heurté le rail d'une porte, coupant la base de la première phalange du dernier doigt gauche ; il a subi une révision de plaie le jour même aux hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) par le docteur C_____, FMH chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur.

B. a. Le 10 avril 2019, l'assuré a déposé une demande de prestations d'invalidité.

b. L'assuré a développé un important CRPS ou SDRC [syndrome douloureux régional complexe] (rapport du Dr C_____ du 1^{er} avril 2019). Il a présenté une incapacité de travail totale depuis le jour de l'accident. Le cas a été pris en charge par la SUVA, assureur LAA.

c. Le 4 juin 2019, le docteur D_____, médecin interne au département de chirurgie des HUG, a attesté d'une évolution légèrement favorable avec persistance de douleurs et manque de mobilité et de force.

d. L'assuré a séjourné du 12 mars au 16 avril 2019 à la clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR), laquelle a rendu un rapport le 9 mai 2019. Elle a retenu les diagnostics de plaie dorsale D2 en regard MCP et section 60% bandelette médiane de l'extenseur D2, de SDRC de la main gauche, ainsi qu'une douleur à la palpation des articulations sacro-iliaques sans trouble neurologique ; les limitations fonctionnelles retenues étaient : ports de charges > 5-10 kg, mouvements nécessitant de la force ou des amplitudes importantes du poignet et de la main gauche et mouvements répétés du poignet et de la main gauche. Une stabilisation médicale était attendue dans un délai de six mois.

e. Le 2 décembre 2019, le service médical régional (ci-après : SMR) a requis des HUG une description des limitations fonctionnelles de l'assuré.

f. Le 20 janvier 2020, le docteur E_____, médecin interne au département de chirurgie des HUG, a indiqué qu'il confirmait une pleine capacité de travail de l'assuré dans une activité respectant les limitations fonctionnelles d'épargne de la main gauche.

g. Le 25 mars 2020, le SMR a constaté que le Dr E_____ confirmait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

Le 22 mai 2020, le docteur F_____, FMH chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA, a examiné l'assuré.

Il a posé les diagnostics de plaie de la base de D1-D2, 2^{ème} doigt de la main gauche non dominante, SDRC secondaire et contusion simple du genou droit et de la colonne lombaire et relevé des incohérences.

- i. Le 21 octobre 2020, les docteurs G_____, médecin chef de linique, et H_____, médecin interne au département de chirurgie des HUG, ont rendu un rapport relevant que les signes cliniques de CRPS, hormis la douleur, semblaient avoir disparus ; il n'y avait pas d'atteinte nerveuse ni de névrome, une possible tendinite était mentionnée ; aucune prise en charge chirurgicale n'était indiquée ; une reprise de l'activité lucrative n'était pas possible.
- h. Le 25 novembre 2020, l'assuré a été examiné par le docteur J_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, médecin d'arrondissement de la SUVA, lequel a posé les diagnostics de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée et majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques, non incapacitants.
- i. Le 18 décembre 2020, le Dr F_____ a procédé à un examen final et relevé qu'il n'y avait plus aucun signe de SDRC. L'activité de plâtrier-peintre n'était plus exigible et une activité adaptée devait respecter les limitations fonctionnelles suivantes : tout port de charges de 5 à 10 kg ou mouvement nécessitant de la force ou des amplitudes au niveau du poignet et de la main gauche, des mouvements répétés du poignet et de la main gauche, la main gauche n'était utilisable en fait que comme main d'appoint dans l'utilisation des deux mains.
- j. L'assuré a consulté le service de médecine de premier recours des HUG les 13 et 26 janvier, 9 mars, 6 avril et 11 mai 2021, pour des plaintes de douleurs à la main gauche, douleurs thoraciques, cervicales, dorsales, troubles du sommeil avec ruminations, stress et anxiété.
- k. Le 30 avril 2021, la consultation ambulatoire de la douleur a rendu un rapport.
- l. Le 19 juillet 2021, le SMR a estimé que la capacité de travail était nulle comme plâtrier-peintre depuis le 15 octobre 2018 et de 100% dès le 18 décembre 2020 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues par le Dr F_____.
- m. Le 29 juillet 2021, la SUVA a mis fin au paiement des soins dès à présent et à l'indemnité journalière au 1^{er} décembre 2021.
- n. Le 5 août 2021, l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) a fixé le degré d'invalidité de l'assuré à 0%, sur la base d'un revenu annuel brut sans invalidité, en 2020, de CHF 62'180.- et un revenu annuel brut d'invalidité, en 2020, de CHF 62'015.-, fixé sur la base de l'ESS 2018.
- o. Par projet d'acceptation de rente du 17 août 2021, l'OAI a alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1^{er} octobre 2019 au 31 mars 2021. Dès le

18 décembre 2020, une activité adaptée à 100% était exigible de sorte que le degré d'invalidité était nul.

p. Le 21 février 2022, le département de chirurgie des HUG a proposé une scintigraphie et un éventuel bilan IRM pour rechercher une zone inflammatoire pouvant expliquer les symptômes douloureux et a attesté d'une incapacité de travail totale du 14 février au 14 mars 2022.

q. Par décision du 7 mars 2022, l'OAI a alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1^{er} octobre 2019 au 31 mars 2021.

C. a. Le 22 mars 2022, l'assuré a recouru à l'encontre de la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité au-delà du 31 mars 2021.

Il fait valoir que l'OAI ne cible aucune activité qui serait adaptée, qu'il lui refuse à tort des mesures de réadaptation et qu'il n'est pas capable de réaliser le revenu sans invalidité imputé.

b. Le 28 mars 2022, le SMR a relevé que la persistance des douleurs mentionnées par le département de chirurgie des HUG était connue du Dr F_____ lors de son appréciation d'octobre 2020.

c. Le 13 avril 2022, l'OAI a conclu au rejet du recours.

d. Le 8 juin 2022, le Dr C_____ a certifié qu'aucune reprise de travail n'avait été effectuée depuis l'accident, en raison d'une incapacité de l'assuré à utiliser son poignet gauche.

e. Le 17 juin 2022, l'assuré a répliqué, en relevant que selon le Dr C_____ une intervention chirurgicale se justifiait à sa main droite (sic), en raison de cellules graisseuses, et refusé de certifier une capacité de travail dans une activité adaptée, pourtant réclamée par l'office cantonal de l'emploi (ci-après : OCE).

f. Par décision du 11 juillet 2022, la SUVA a refusé à l'assuré, d'une part, l'octroi d'une rente d'invalidité, celui-ci étant capable de réaliser un revenu d'invalidité de CHF 65'500.-, d'autre part, une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI).

g. Le 18 juillet 2022, l'OAI a dupliqué, en relevant qu'il invitait l'assuré à solliciter de son médecin traitant une attestation de reprise dans une activité adaptée à ses limitations.

h. Le 5 septembre 2022, la chambre de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle. Le recourant a transmis un rapport du Dr C_____ du 30 août 2022, selon lequel l'assuré présentait une capacité de travail nulle dans son activité de peintre et de 100% dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles suivantes : pas d'utilisation du membre supérieur dans les activités en force ou répétitives, port de charge avec le membre supérieur de 5 kg maximum et près du corps 5 kg maximum, pas de travail répétitif au-delà de

l'horizontale avec le membre supérieur droit et pas de travail répétitif au-dessus de la tête. Le recourant a indiqué qu'il transmettrait d'ici au 30 septembre 2022 un rapport du docteur R_____, FMH chirurgie de la main, qu'il devait consulter le 12 septembre 2022. Il a modifié ses conclusions dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité jusqu'au 30 août 2022.

i. Le 22 septembre 2022, l'OAI a maintenu ses conclusions et indiqué qu'une mesure professionnelle n'était pas justifiée, l'assuré pouvant exercer de nombreux emplois adaptés à son état de santé.

j. A la demande de la chambre de céans, les Drs C_____ et K_____, médecin adjoint agrégé responsable d'unité des HUG, ont donné, le 29 septembre 2022, des renseignements complémentaires. Le cas était stabilisé et l'assuré pouvait reprendre une activité dès aujourd'hui à 100% dans une activité mono-manuelle pure. En théorie cette activité aurait pu être réintroduite quatre mois après l'accident (quatre semaines post-opératoire, puis trois mois sans force au total), mais le SDRC avait entravé toute reprise. Une capacité de travail de 100% dans une telle activité pouvait être considérée dès le 18 décembre 2020. Ils ont confirmé les limitations fonctionnelles retenues le 30 août 2022 et indiqué qu'ils étaient d'accord avec l'appréciation du Dr F_____ du 18 décembre 2020.

k. Un délai a été fixé aux parties pour détermination.

l. Le 10 octobre 2022, le SMR a constaté que le Dr C_____ rejoignait l'appréciation du Dr F_____ quant à une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée dès le 18 décembre 2020 et le 19 octobre 2022, l'OAI a relevé que le Dr C_____ était d'accord avec l'évaluation de la SUVA.

m. En dehors du délai imparti, le recourant a observé qu'il était choqué par le retournement de position du Dr C_____ et a requis un délai supplémentaire pour fournir le rapport du Dr J_____.

n. Le recourant n'a pas fourni le rapport médical annoncé dans le délai imparti.

o. Le 2 décembre 2022, l'OAI a communiqué la décision de la SUVA du 25 novembre 2022 rejetant l'opposition interjetée par le recourant à l'encontre de la décision de la SUVA du 11 juillet 2022.

p. Le 7 décembre 2022, le recourant a versé au dossier un rapport du 22 septembre 2022 du Dr L_____, médecin associé au centre de la main du CHUV, selon lequel le recourant présentait une possible algodystrophie postopératoire, sans solution chirurgicale envisageable.

q. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

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 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 du 1^{er} avril 2021 au 30 août 2022.

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

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

En l'occurrence, le recourant étant né après 1966, et ayant droit à une rente avant le 1^{er} janvier 2022, l'ancien droit s'applique (circulaire sur l'invalidité et les rentes dans l'assurance-invalidité valable dès le 1^{er} janvier 2022 [CIRAI – p. 116]).

4.

4.1 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 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).

4.2 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.

5.

5.1 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).

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 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3).

5.2 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 ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 et les références ; ATF 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).

5.3 En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

6. 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 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 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).

7.

7.1 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 ; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b).

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 ATF 128 V 174).

7.2

7.2.1 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).

7.2.2 Quant au revenu d'invalide, 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'invalide 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 ; ATF 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 ESS TA1_tirage_skill_level, à la ligne « total secteur privé » (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 126 V 75 consid. 3b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_58/2021 du 30 juin 2021 consid. 4.1.1). 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).

7.3 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). 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.

8.1 Selon l'art. 8 al. 1^{er} LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). Le droit aux mesures de réadaptation n'est pas lié à l'exercice d'une activité lucrative préalable. Lors de la fixation de ces mesures, il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante (art. 8 al. 1^{bis} LAI en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital).

8.2 Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références). Celles-ci ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 388/06 du 25 avril 2007 consid. 7.2). Le droit à une mesure de réadaptation présuppose qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, et cela tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en rapport avec la personne de l'assuré. En effet, une mesure de réadaptation ne peut être efficace que si la personne à laquelle elle est destinée est susceptible, partiellement au moins, d'être réadaptée. Partant, si l'aptitude subjective de réadaptation de l'assuré fait défaut, l'administration peut refuser de mettre en œuvre une mesure (arrêt du Tribunal fédéral 9C_846/2018 du 29 novembre 2019 consid. 5.1 et les références), sans qu'il soit nécessaire de recourir à la procédure préalable de mise en demeure prévue par l'art. 21 al. 4 LPGGA (arrêts du Tribunal fédéral 8C_480/2018 du 26 novembre 2018 consid. 7.3 et les références ;

9C_59/2017 du 21 juin 2017 consid. 3.3 et les références), une telle procédure préalable n'étant requise que si une mesure de réadaptation a été commencée et qu'il est question de l'interrompre (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_783/2015 du 7 avril 2016 consid. 4.8.2 et les références). L'absence de capacité subjective de l'assuré doit toutefois être établie au degré de la vraisemblance prépondérante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_667/2015 du 6 septembre 2016 consid. 5.3 et les références).

8.3 Sont réputées nécessaires et appropriées toutes les mesures de réadaptation professionnelle qui contribuent directement à favoriser la réadaptation dans la vie active. L'étendue de ces mesures ne saurait être déterminée de manière abstraite, puisque cela suppose un minimum de connaissances et de savoir-faire et que seules seraient reconnues comme mesures de réadaptation professionnelle celles se fondant sur le niveau minimal admis. Au contraire, il faut s'en tenir aux circonstances du cas concret. Celui qui peut prétendre au reclassement en raison de son invalidité a droit à la formation complète qui est nécessaire dans son cas, si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable (ATF 124 V 108 consid. 2a ; VSI 1997 p. 85 consid. 1).

9.

9.1 En l'occurrence, l'intimé a alloué au recourant une rente entière d'invalidité du 1^{er} octobre 2019 au 31 mars 2021, fondée sur une incapacité de travail totale de celui-ci du 15 octobre 2018 au 17 décembre 2020. Dès le 18 décembre 2020, le recourant a été considéré comme capable de travailler dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, de sorte que son degré d'invalidité était nul.

9.2 Le recourant conteste présenter une capacité de travail totale dans une activité adaptée. Il invoque l'avis contraire de ses médecins traitants. Cependant, force est de constater que les Drs C_____ et ont considéré, dans leur rapport du 29 septembre 2022, que le recourant était capable de travailler dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles dès le 18 décembre 2020, rejoignant l'appréciation du Dr F_____ du 18 décembre 2020. En particulier, l'avis récent du Dr C_____ n'est pas contradictoire avec ceux déclarant le recourant totalement incapable de travailler dans son activité habituelle et celui du Dr L_____ ne se prononce pas sur la capacité de travail du recourant.

Partant, aucun élément médical au dossier ne permet de mettre en doute la capacité de travail totale du recourant, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, telle que retenue par l'intimé dès le 18 décembre 2020.

10. Le calcul du degré d'invalidité n'est pas spécifiquement contesté par le recourant.

10.1 L'intimé a retenu, pour l'année 2020, un salaire sans invalidité de CHF 61'152.- en 2018, indexé à l'année 2020, soit un revenu de CHF 62'180.-, basé sur le questionnaire pour l'employeur du 14 mai 2018, revenu qui peut être confirmé.

10.2 S'agissant du revenu d'invalidé, l'intimé s'est fondé sur l'ESS 2018, tableau TA1, homme, total, niveau 1, pour 41,7 heures de travail par semaine, indexé à l'année 2020, auquel un abattement de 10% en raison des limitations fonctionnelles a été appliqué, soit un revenu de CHF 62'015.-. Ce revenu correspond à la jurisprudence précitée.

Cela dit, même si l'on devait retenir, compte tenu des importantes limitations fonctionnelles du recourant (l'activité exigible étant quasi mono-manuelle), un abattement maximal de 25% (soit un revenu d'invalidé de CHF 51'680.-), le degré d'invalidité serait encore insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité, soit :

$$\frac{62'180 - 51'680}{62'180} = 17\%$$

- 11.** Enfin, le recourant a requis des mesures d'ordre professionnel. Or, le degré d'invalidité, même de 17%, n'ouvre pas le droit à une mesure de reclassement, laquelle exige un taux minimum de 20%. Par ailleurs, l'intimé a soumis le cas à son service de réadaptation qui s'est prononcé le 22 septembre 2022, en considérant que le recourant pouvait exercer différents emplois ne requérant aucune formation, tels que contrôleur / visiteur, agent d'accueil ou huissier, chauffeur-livreur, employé dans un centre d'appel, vendeur dans un copie centre ou surveillant opérateur.

Au vu de ce qui précède, il convient de considérer qu'une activité adaptée est exigible du recourant sans mesures d'ordre professionnel.

- 12.** Partant, le recours ne peut qu'être rejeté.

Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument de CHF 200.- (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 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

Adriana MALANGA

Valérie MONTANI

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