



POUVOIR JUDICIAIRE

A/1664/2018

ATAS/149/2020

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 27 février 2020

3^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Catarina MONTEIRO
SANTOS

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né en _____ 1977, a travaillé à plein temps de mai 2013 à septembre 2014 auprès de l'entreprise B_____ SÀRL, en qualité de chauffeur-déménageur.
2. Le 10 septembre 2014, il a annoncé à l'assurance-accidents s'être blessé au poignet droit, le 8 septembre 2014 : alors qu'il descendait un meuble par un escalier, il avait glissé sur une marche, puis s'était coincé le bras entre les pieds de la rambarde, en cherchant à se rattraper.
3. L'assurance-accidents a pris en charge les suites de cet événement et lui a versé des indemnités journalières.
4. Le 21 mars 2015, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI). Il a joint à sa demande un rapport établi le 11 décembre 2014 par le docteur C_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, exposant que, suite à la chute de septembre 2014, avaient été mises en évidence des douleurs à la palpation du carpe et à la mobilisation du poignet. Le bilan radiologique avait montré une pseudarthrose du scaphoïde. À ce stade, il n'était pas possible à l'assuré de reprendre son activité professionnelle ; une cure de pseudarthrose du scaphoïde était envisagée.
5. En 2015, l'assuré a subi plusieurs interventions chirurgicales au niveau de son poignet droit :
 - le 27 février 2015 (cure de pseudoarthrose du scaphoïde droit avec réalisation d'un lambeau osseux vascularisé de Zeidenberg) ;
 - le 1^{er} août 2015 (ablation d'une broche, ostéosynthèse du scaphoïde droit sous endoveineuse) ;
 - le 13 octobre 2015 (cure de pseudoarthrose du scaphoïde droit, avec réalisation d'une greffe monocorticale prélevée sur la crête iliaque) ;
 - le 1^{er} décembre 2015 (ablation de deux broches de Kirchner, débridement, prélèvements de biopsies et rinçage).
6. Interrogé par l'OAI, le Dr C_____ a attesté, dans un rapport (partiellement illisible) daté du 22 septembre 2015, d'une non-consolidation de la pseudarthrose du scaphoïde. Une reprise du travail était envisageable dans les six à huit mois.
7. Le 30 mai 2016, le docteur D_____, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a noté que l'assuré avait souffert, en décembre 2014, d'un défaut de consolidation de l'os scaphoïde du poignet droit, se traduisant par des douleurs lors de la palpation et de la mobilisation ; une reprise

chirurgicale avait eu lieu en mars 2015 (lambeau osseux vascularisé, avec ablation du matériel d'ostéosynthèse le 13 octobre 2015), puis une suspicion de surinfection avait été prise en charge chirurgicalement en décembre 2015. Le SMR préconisait de réclamer les derniers rapports de consultation du service d'orthopédie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : les HUG) et de poser des questions complémentaires au Dr C_____.

8. Lors d'un entretien téléphonique avec l'OAI, le 14 juin 2016, l'assuré a indiqué être désormais suivi par le docteur E_____, avec lequel il devait s'entretenir en septembre 2016. Il souhaitait renoncer à une nouvelle opération de la main, dont la réussite était incertaine.
9. Le docteur F_____, médecin d'arrondissement de l'assurance-accidents, a établi un rapport le 20 juin 2016.

La situation médicale lui paraissait stabilisée, « en l'absence de nouvelle intervention prévue prochainement ». S'agissant de la capacité de travail, on pouvait s'attendre à ce que l'assuré exerçât à plein temps, sans diminution de rendement, une activité professionnelle réalisée « sans limitation au niveau des membres supérieurs et au niveau de la main gauche, avec pour la main droite, côté dominant, une absence de port de charges et la possibilité de conserver une attelle autour du poignet, sans monter sur une échelle [...] ». Le Dr F_____ préconisait la prise en charge, pendant deux ans, d'une consultation aux HUG tous les deux mois, ainsi que d'une attelle destinée à immobiliser le poignet. Quant à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, il l'évaluait à 7% (un bilan radiologique effectué en septembre 2014 avait mis en évidence une pseudarthrose du scaphoïde carpien, l'assuré confirmait avoir présenté, de nombreuses années auparavant, un traumatisme du poignet droit, l'évolution, malgré plusieurs interventions de greffe osseuse et de stabilisation, compliquées par un épisode infectieux s'était faite vers une limitation de la mobilité du poignet et un bilan radiologique avait mis en évidence, en janvier 2016, une arthrose radio-carpienne du poignet, de gravité moyenne).

10. Interrogé par l'OAI, le Dr E_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué, le 3 août 2016, qu'il n'y avait pas d'évolution, que l'assuré ne pouvait pas effectuer de travail en force avec le membre supérieur droit, qu'il souffrait toujours d'une pseudarthrose du scaphoïde, que deux traitements chirurgicaux s'étaient soldés par des échecs, que l'intéressé ne souhaitait plus d'intervention et que son poignet restait immobilisé par un gant en cuir. L'assuré était toujours totalement incapable d'exercer son activité habituelle. Une activité adaptée physique légère était en revanche envisageable à plein temps.
11. Dans un bref rapport daté du 7 mars 2017, le Dr D_____, du SMR, a déduit des rapports des Drs F_____ et E_____ que le cas était stabilisé et que l'assuré disposait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (lesquelles concernaient la mobilisation du poignet droit et la

possibilité de porter une attelle). Le début de l'aptitude à la réadaptation était fixé en août 2016, soit deux mois après l'ablation des broches.

12. Le 22 mai 2017, l'OAI a communiqué à l'assuré un projet de décision, dont il ressortait qu'il envisageait de lui reconnaître le droit à une rente (entière) d'invalidité limitée dans le temps, du 1^{er} septembre 2015 au 31 octobre 2016.
13. Le 1^{er} juin 2017, l'assuré a subi une cinquième opération du poignet droit (résection de la première rangée des os du carpe et dénervation totale du poignet). Un nouvel arrêt de travail à 100% lui a été délivré.
14. Par courrier du 5 juillet 2017, l'assuré a manifesté son désaccord avec le projet de décision en alléguant sa récente opération du poignet, dont il tirait la conclusion que le rapport qualifiant son état de santé de stable n'était plus d'actualité. L'assurance-accidents poursuivait d'ailleurs sa prise en charge. Il se remettait de son opération et faisait l'objet d'une immobilisation.

L'assuré a produit une attestation établie le 18 novembre 2016 par la doctoresse G_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur auprès des HUG indiquant :

« [...] [l'assuré] est actuellement suivi dans notre service suite à une pseudarthrose du scaphoïde de son poignet droit. Il présente actuellement un SNAC Wrist de stade 3. Le patient a bénéficié de deux cures de pseudarthrose avec échec. Il est actuellement suivi dans notre service et une nouvelle intervention chirurgicale sera agendée dès le début de l'année 2017. [L'assuré] est actuellement inapte pour tout travail de force au niveau de ce poignet ».

15. Le 7 août 2017, la doctoresse K_____, du SMR, a émis l'avis qu'un rapport complet du chirurgien de l'assuré et le rapport opératoire de la dernière intervention étaient nécessaires.
16. Le 16 octobre 2017, l'OAI a reçu le rapport opératoire de l'intervention du 1^{er} juin 2017.
17. Invitée par l'OAI à compléter ce rapport, la Dresse G_____ a émis, le 21 octobre 2017, un mauvais pronostic. Elle a évoqué une absence de force dans la main droite et un « état définitif non atteint », tout en précisant que la reprise d'une activité professionnelle dépendait de l'évolution clinique. L'assuré poursuivait la physiothérapie et sa médication comprenait du Dafalgan, de l'Irfen et du Tramal. Le médecin n'a pas mentionné la date à partir de laquelle on pouvait exiger de l'assuré qu'il reprenne une activité professionnelle adaptée à son handicap, suite à l'opération de juin 2017, pas plus que les limitations fonctionnelles à retenir, se contentant de mentionner : « état définitif non atteint ».
18. Le 9 novembre 2017, le docteur L_____, du SMR, a émis l'avis suivant :

« [le] SMR avait statué, en mars 2017, par rapport à des éléments qui s'arrêtaient en août 2016. Après relecture du dossier et des nouveaux éléments

mis à disposition pendant l'audition, force est de constater qu'en octobre 2016, une nouvelle intervention a été prévue pour janvier 2017, cela ne veut pas dire qu'il y a eu une aggravation, il n'y a pas de nouvelle atteinte, les limitations fonctionnelles n'ont pas changé. Cette intervention finalement a eu lieu en juin 2017 et a généré une incapacité de travail pour toute activité limitée dans le temps, trois mois après l'opération. Dès septembre, du point de vue médico-théorique, on se retrouve avec 0-100 avec les mêmes limitations ».

19. Le Dr F_____ a pour sa part procédé à un examen final le 5 avril 2018.

L'assuré se plaignait d'une mobilité réduite des doigts et de douleurs persistantes du poignet, y compris la nuit, qui n'avaient pas été améliorées par sa dernière intervention chirurgicale, en juin 2017. Il portait en permanence une orthèse immobilisant son poignet, déclarait ne plus conduire de voiture et être à peine capable de tenir un stylo. Il se rasait de la main gauche et avait beaucoup de difficultés pour couper de la viande. Il parvenait encore à utiliser le clavier d'ordinateur de sa main gauche, sans trop de difficultés, et à appuyer sur le clavier avec l'extrémité des 3^{ème} et 4^{ème} doigts de la main droite, moyennant l'utilisation d'un appui pour son avant-bras.

Après avoir retenu le diagnostic de « mauvaise évolution clinique du traitement chirurgical d'une pseudarthrose du scaphoïde carpien », le Dr F_____ a relevé que la mobilité active du poignet droit était nulle, tandis la moindre mobilisation passive en flexion-extension engendrait des douleurs. En outre, il a constaté une impossibilité de fermer le poing, ainsi qu'une distance pulpe des doigts-paume de la main de 3 cm et une incision au niveau de la face dorsale du carpe calme. Le Dr F_____ a rappelé qu'à la suite de la chute de l'assuré dans les escaliers le 8 septembre 2014, avait été mis en évidence un traumatisme du poignet droit, puis, lors d'une consultation d'urgence aux HUG, une pseudarthrose du scaphoïde carpien. Au vu de la lésion radiologique constatée sur l'examen du 8 septembre 2014, il s'agissait, de manière certaine, d'un état antérieur préexistant. Les fractures du scaphoïde étaient réputées être difficiles à diagnostiquer en urgence, de sorte que la fracture était probablement passée inaperçue à l'époque.

L'ancienne profession de déménageur ne pouvait plus être pratiquée. En revanche, on pouvait exiger de l'assuré qu'il exerce à plein temps, sans diminution de rendement, une activité lucrative sans port de charges du côté droit, permettant le port d'une attelle visant à immobiliser le poignet, avec possible utilisation d'un clavier informatique (surtout de la main gauche et partiellement de la main droite).

20. Par décision du 12 avril 2018, expédiée par pli simple, l'OAI a accordé à l'assuré une rente (entière) d'invalidité limitée dans le temps, du 1^{er} septembre 2015 au 31 octobre 2016, puis du 1^{er} juin au 31 août 2017.

Selon le SMR, la capacité de travail de l'assuré était nulle dans l'activité antérieure de déménageur, mais entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

À l'issue du délai de carence d'un an, le 8 septembre 2015, l'intéressé était dans la totale incapacité d'exercer la moindre activité, ce qui lui ouvrait droit au versement d'une rente entière.

Dès août 2016, il avait recouvré une pleine capacité de travail dans toute activité adaptée, ce qui entraînait la suppression de la rente, compte tenu d'un degré d'invalidité nul.

S'agissant de l'opération dont se prévalait l'assuré, il s'agissait, selon le SMR, non pas d'une aggravation, mais d'une intervention pour la même atteinte, ne modifiant pas les limitations fonctionnelles. Cette intervention avait entraîné une totale incapacité de travail – ouvrant le droit à une rente entière – transitoirement, du 1^{er} juin au 31 août 2017, ensuite de quoi l'assuré avait recouvré une pleine capacité de travail dans toute activité adaptée, ce qui entraînait à nouveau la suppression de la rente.

Par ailleurs, l'assuré ne pouvait prétendre un reclassement, faute d'une perte de gain d'au moins 20%.

Enfin, il ne pouvait prétendre une aide au placement, car il n'était pas limité par son atteinte à la santé dans la recherche d'un emploi.

21. Par acte du 15 mai 2018, l'assuré a saisi la Cour de céans d'un recours, concluant, sous suite de dépens, à l'annulation de la décision du 12 avril 2018 et à ce qu'une rente lui soit octroyée sans limitation dans le temps. Il a par ailleurs requis l'apport de son dossier auprès de l'assurance-accidents, l'audition de la Dresse G_____ et la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire.

Le recourant argue que, depuis son accident de septembre 2004 (recte : 2014), il est toujours en « arrêt maladie ». Dans ses rapports de mars-avril 2018, la Dresse G_____ a attesté que des douleurs importantes persistent, qu'il ne peut reprendre une activité professionnelle et demeure inapte à effectuer tout travail impliquant l'utilisation de son poignet. En outre, l'assurance-accidents a continué à lui verser des indemnités journalières. Il en tire la conclusion que sa totale incapacité de travail a persisté au-delà du 31 août 2017.

Il ajoute que les rapports de la Dresse G_____ démontrent que des mesures de réadaptation sont inévitables et qu'il ne peut reprendre une activité professionnelle, sans qu'une diminution de rendement ne soit retenue.

Il reproche à l'intimé de n'avoir pas tenu compte de ses limitations fonctionnelles et de la diminution de rendement qu'elles entraînent dans la fixation du revenu d'invalidé.

Selon lui, en présence d'avis médicaux contradictoires, il se justifiait de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire.

À l'appui de son recours, l'assuré produit :

- un courrier adressé le 8 mars 2018 par la Dresse G_____ au médecin d'arrondissement de la SUVA, rédigé en ces termes : « [...] j'ai suivi ce patient de longue date et le dernier examen clinique [a eu lieu] le 6 mars 2018. Cliniquement, le patient présente toujours des douleurs importantes malgré le traitement médicamenteux par Ibuprofène, paracétamol et Lyrica. Malgré ce traitement et la rééducation sensitive auprès de notre ergothérapeute, [l'assuré] présente toujours une forte limitation fonctionnelle avec une flexion-extension à 30/0/30° et une prosupination à 60/0/60°. Vu son état actuel, [l'assuré] ne peut pas reprendre d'activité professionnelle. Je continue à le suivre cliniquement, avec un suivi tous les trois mois. J'aimerais que ce patient soit vu par un de vos médecins, afin de corréler le status clinique et de permettre au patient de se projeter dans une reconversion professionnelle [...] » ;
- un certificat d'arrêt de travail signé par la Dresse G_____, valable pour avril 2018 ;
- un rapport établi le 25 avril 2018 par la Dresse G_____ indiquant : « [l'assuré] est à presque un an d'une intervention chirurgicale avec résection de la 1^{ère} rangée des os du carpe et une dénervation totale du poignet, dans un contexte de SNAC WRIST stade 3 à droite. L'évolution est lentement favorable, actuellement le patient prend encore du Lyrica le matin et du Brufen en réserve. Il est suivi de plus par notre ergothérapeute pour des douleurs mixtes mécaniques et nerveuses. Il bénéficie d'une rééducation sensitive [...]. Il n'est actuellement pas apte à effectuer tout travail avec utilisation de ce poignet, que ce soit dans les mouvements répétitifs ou dans le port de charges. Dans ce contexte, une réadaptation professionnelle serait nécessaire ».

22. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 5 juin 2018, a conclu au rejet du recours.

Il relève que le rapport final de la SUVA et les pièces produites par le recourant ont été soumises au docteur M_____, médecin au SMR, qui, le 4 juin 2018, a émis l'avis que les appréciations des Drs F_____ et G_____ rejoignent celle du SMR du 7 février (recte : mars) 2017 : l'assuré dispose d'une capacité de travail nulle dans son activité antérieure, mais entière dans toute activité respectant des limitations fonctionnelles d'épargne de sa main droite. En effet, le Dr F_____ a jugé exigible l'exercice à plein temps d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, sans diminution de rendement, tandis que la Dresse G_____ a proscrit tout travail impliquant l'utilisation du poignet droit, y compris les mouvements répétitifs et le port de charges.

Pour le surplus, l'intimé soutient que, le recourant ne mettant en évidence aucun élément objectif ayant été ignoré, la mise en œuvre d'une expertise est superflue.

23. Dans sa réplique du 20 août 2018, le recourant a persisté dans ses conclusions.

Il argue que, dans son rapport du 7 mars 2017, le SMR n'a pas abordé la question de sa capacité de travail, mais seulement fixé le début de l'aptitude à la réadaptation deux mois après l'ablation des broches.

En outre, dans l'avis du 9 novembre 2017, il est mentionné que le SMR a statué, en mars 2017, sur la base d'éléments médicaux s'arrêtant en août 2016. Le recourant en tire la conclusion que l'instruction médicale est incomplète.

Par ailleurs, il soutient que les Drs F_____ et G_____ n'ont pas confirmé les conclusions figurant dans l'avis du 7 mars 2017. Il précise avoir contesté le rapport du Dr F_____ dans le cadre d'une procédure contre la décision de la SUVA. Quant à la Dresse G_____, il souligne qu'elle l'a jugé inapte à tout travail impliquant l'utilisation du poignet droit.

Le recourant estime que les éléments médicaux qu'il a transmis n'ont pas été pris en compte par l'OAI et que la mise en œuvre d'une expertise est indispensable.

24. Dans sa duplique du 4 septembre 2018, l'intimé a également persisté dans ses conclusions.

Il note que la Dresse G_____ estime que l'assuré ne peut effectuer de travail impliquant l'utilisation du poignet droit, que ce soit par des mouvements répétitifs ou le port de charges. Or, dans son avis du 7 mars 2017, le SMR a tenu compte des limitations fonctionnelles mentionnées par la Dresse G_____, lesquelles n'excluent pas la possibilité pour le recourant d'exercer une profession adaptée à son handicap.

25. À la demande de la CJCAS, l'assurance-accidents a transmis son dossier à la Cour de céans le 17 septembre 2018. En ressortent notamment les éléments suivants :

- un rapport établi le 24 juillet 2018 par la doctoresse H_____, dont la teneur est la suivante : « [...] À l'examen clinique ce jour, nous retrouvons des douleurs de type allodynique sur la cicatrice palmaire du poignet [...]. Nous constatons également une perte de mobilité avec une pronation limitée à 30°, une supination à 60°, une flexion à 10° et une extension nulle. La mobilité des doigts est également difficile en rapport avec la douleur, avec ce jour une distance pulpe – paume à 2 cm et une difficulté à l'extension et la flexion complète, mais le patient décrit pouvoir arriver à une distance pulpe – paume à 0 lors de certaines séances d'ergothérapie. Il existe également une perte de force importante, avec un indice de Jamar à 0 kg. D'après [l'assuré], ses symptômes douloureux évoluent depuis 2016 sans amélioration notable, bien que le démarrage de rééducation sensitive par son ergothérapeute ait permis d'améliorer la tolérance de ses douleurs au quotidien. Nous constatons un retentissement psychologique et social très important de cette pathologie sur [l'assuré], qui évoque un suivi pour dépression avec un traitement récemment arrêté devant son amélioration. Au total, [l'assuré] semble surtout en recherche d'une réassurance et d'un plan de traitement pour poursuivre la prise en charge, notamment dans la rééducation sensitive. Ainsi, comme nous lui expliquons, dans les limites des examens en notre possession, nous évoquons deux problèmes principaux : le premier problème consiste en la présence de douleurs sensibles pathologiques, en cours de traitement par une rééducation sensitive adaptée. Nous ne pouvons que confirmer l'importance de la rééducation sensitive entreprise et de sa poursuite. Nous évoquons également avec le

patient la possibilité de s'adresser à une équipe, de type équipe mobile de douleurs et soins palliatifs. Le deuxième problème consiste en la présence de douleurs mécaniques et d'une perte de mobilité et de force. Nous expliquons à [l'assuré] que la rééducation réalisée par son ergothérapeute est tout à fait adaptée, mais que la solution à ce problème ne pourrait être envisagée qu'après la récupération sur le plan des douleurs pathologiques initialement décrites. Nous évoquons à titre informatif, en fonction de l'évolution sensitive, la possibilité à terme en cas d'antalgie obtenue, d'arthrodèse du poignet ou prothèse du poignet. Ces solutions ne sont absolument pas d'actualité, comme [l'assuré] l'a bien compris » ;

- un rapport établi le 29 août 2018 par Monsieur I_____, ergothérapeute auprès des HUG indiquant : « [l'assuré] est suivi dans notre service depuis le 7 février 2018 après dénervation du poignet et ablation de la 1^{ère} rangée du carpe à droite. Il y a une lente amélioration des douleurs neuropathiques ainsi que de la mobilité de la main. L'évolution est oscillante et dépendante de l'état émotionnel du patient. La rééducation devrait être poursuivie afin de continuer la progression ».

26. Le 10 octobre 2018, l'intimé a persisté derechef dans ses conclusions et indiqué avoir soumis certains documents extraits du dossier de l'assurance-accidents au SMR, lequel s'est déterminé comme suit :

« [...] le rapport d'ergothérapie du 29 août 2018 décrit les plaintes douloureuses subjectives de l'assuré et indique que celui-ci bénéficie d'une rééducation sensitive avec lente amélioration des douleurs et de la mobilité de la main. Ce rapport émanant d'un ergothérapeute ne se prononce pas sur la capacité de travail résiduelle, de sorte qu'il n'apporte pas d'élément supplémentaire. Le rapport de la Dresse Dr H_____ du 24 juillet 2018 résume l'histoire orthopédique de l'assuré. Le status orthopédique est superposable aux examens effectués précédemment. Ce rapport permet de confirmer que l'assuré présente les mêmes symptômes douloureux depuis 2016, sans amélioration notable mais avec une meilleure tolérance au quotidien depuis la rééducation sensitive, dont la poursuite est préconisée par le spécialiste. Les douleurs mécaniques, la perte de mobilité et de force évoquée par la Dresse H_____ sont connues de longue date et prises en compte par le SMR dans son évaluation. La Dresse H_____ préconise une évaluation par un médecin de la SUVA, ce qui a déjà été fait, et ne se prononce pas sur la capacité de travail résiduelle. Ce rapport confirme un état stationnaire et n'apporte pas d'élément nouveau ou parlant en faveur d'une aggravation de l'état de santé. Au vu de ce qui précède, il faut s'en tenir aux conclusions précédentes ».

27. Par écriture du 30 novembre 2018, le recourant a indiqué avoir interjeté recours contre la décision sur opposition que lui avait notifié l'assurance-accidents le 17 octobre 2018.

Selon lui, l'instruction de l'assurance-accidents sous l'angle médical était manifestement insuffisante, dans la mesure où son état de santé n'était pas stabilisé.

On devait considérer que sa capacité de travail était nulle, tant que son traitement n'était pas terminé.

En l'état, les rapports convaincants de la Dresse G_____ permettaient de retenir que des mesures de réadaptation étaient inévitables, qu'il ne pouvait reprendre aucune activité lucrative et que son rendement était diminué.

De plus, il ressortait d'un rapport établi en octobre 2018 qu'une nouvelle intervention chirurgicale était prévue le 14 janvier 2019.

Le recourant a produit de nouvelles pièces, dont :

- deux certificats d'arrêt de travail émanant de la Dresse G_____, valables du 18 août au 18 octobre 2018 ;
- un rapport adressé le 16 octobre 2018 aux HUG par la doctoresse J_____, spécialiste FMH en chirurgie de la main auprès de la clinique Hirslanden, indiquant : « [...] Le patient est venu me voir pour un autre avis, car il ne désire plus être pris en charge par la Dresse G_____. Ses plaintes actuelles sont une douleur principalement à la face dorsale de son poignet, un déficit de mobilité et une aggravation actuelle, en raison de la baisse des températures. Il a arrêté les séances d'ergothérapie avec Pascal à l'hôpital depuis environ un mois et demi. Son prochain contrôle à l'hôpital est prévu l'année prochaine. Son traitement médicamenteux actuel est : Lyrica, Ibuprofène, Paracétamol, Oméprazole. Cliniquement, les mobilités sont effectivement limitées, avec F/E 10-0-0, P-S 20-0-50, distance pulpe-paume 2 cm. Ce jour, il présente une légère tuméfaction à la face dorsale de la main, centrée sur les métacarpophalangiennes R2-3-4 [...]. Pour ma part, je pense également que la suite de sa prise en charge doit continuer à l'hôpital. [...] Concernant la prise en charge des douleurs du nerf sensitif radial, je lui ai proposé d'essayer une prise en charge en rééducation en ergothérapie en ville. Si les douleurs sont stabilisées (avec ou sans amélioration), pourquoi ne pas lui proposer une prise en charge chirurgicale, à savoir soit une arthrodèse totale du poignet, soit une arthroplastie prothétique. Je pense que la situation mérite d'être rediscutée avec le patient ».

28. Cette écriture transmise à l'intimé, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

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

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

-
2. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable.
 3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 – [LPA-GE – E 5 10]).
 4. L’objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui – dans le cadre de l’objet de la contestation déterminé par la décision – constitue, d’après les conclusions du recours, l’objet de la décision effectivement attaqué. D’après cette définition, l’objet de la contestation et l’objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l’objet de la contestation, mais non pas dans l’objet du litige (ATF 125 V 414 consid. 1b et 2).

En l’espèce, la décision attaquée accorde à l’assuré une rente entière d’invalidité limitée dans le temps, du 1^{er} septembre 2015 au 31 octobre 2016, puis du 1^{er} juin au 31 août 2017. En outre, elle lui refuse l’octroi de mesures d’ordre professionnel.

Dans son recours, l’assuré soutient en substance que son incapacité de travail a perduré au-delà du 31 août 2017 et conclut à ce qu’il soit dit que sa rente n’est « pas limitée dans le temps ». Le litige porte donc avant tout sur le maintien de la rente entière qui lui a été accordée.

5. L’assuré a droit à une rente lorsqu’il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d’au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et qu’au terme de cette année, il est invalide (art.8 LPGA) à 40 % au moins (cf. art. 28 al. 1 let. b et c LAI, en sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008 – 5^{ème} révision AI). 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.

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 ou mentale et qu’elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l’atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d’une incapacité de gain. De plus, il n’y a incapacité de gain que si celle-ci n’est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).

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. L'art. 17 al. 1^{er} LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 ; ATF 125 V 413 consid. 2d et les références ; VSI 2001 p. 157 consid. 2). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'article 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 ; ATF 113 V 273 consid. 1a ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_1006/2010 du 22 mars 2011 consid 2.2).

Aux termes de l'art. 88a al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI – RS 831.201), si la capacité de gain s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'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.

7. Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) 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. 1bis 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).

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).

8. 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 LPG), 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. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3 ; 122 V 157 consid. 1c).

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

Les rapports des SMR selon les art. 59 al. 2^{bis} LAI et 49 al. 1 et 3 RAI ont une autre fonction que les examens sur la personne de l'assuré au sens de l'art. 49 al. 2 RAI effectués par les SMR et de l'art. 44 LPG effectués par un expert indépendant. Les rapports au sens des art. 59 al. 2^{bis} LAI et 49 al. 1 et 3 RAI ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne mais contiennent les résultats de l'examen des conditions médicales du droit aux prestations et une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Ils ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent

une appréciation sur celles déjà existantes (arrêts du Tribunal fédéral 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C_341/2007 du 17 novembre 2007 consid. 4.1). Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire. De tels rapports, pour avoir valeur probante, ne peuvent suivre une appréciation sans établir les raisons pour lesquelles des appréciations différentes ne sont pas suivies (cf. ATF 137 V 210 consid. 6.2.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3). La valeur probante de ces rapports présuppose que le dossier contienne l'exposé complet de l'état de santé de l'assuré (anamnèse, évolution de l'état de santé et status actuel) et qu'il se soit agi essentiellement que d'apprécier un état de fait médical non contesté établi de manière concordante par les médecins (cf. les arrêts du Tribunal fédéral 9C_335/2015 du 1^{er} septembre 2015 consid. 3.1, 8C_653/2009 du 28 octobre 2009 consid. 5.2, 8C_239/ 2008 du 17 décembre 2009 consid. 7.2 ; cf. également arrêt du TF 9C_462/ 2014 du 16 septembre 2014 consid. 3.2.2 et les références). Selon la jurisprudence il n'est pas interdit aux tribunaux des assurances de se fonder uniquement ou principalement sur les rapports internes des SMR mais en telles circonstances l'appréciation des preuves sera soumise à des exigences sévères. Une instruction complémentaire sera ainsi requise s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux (ATF 139 V 225 consid. 5.2, 135 V 465 consid. 4.4, 122 V 157 consid. 1d ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_25/2015 du 1^{er} mai 2015 consid. 4.1).

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).

9. a. 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).

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).

b. 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 (RAMA 2000 n°U 400 p. 381 consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1).

c. Quant au revenu d'invalidité, 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'invalidité peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS ; ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, 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 124 V 321 consid. 3b/bb).

d. 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 126 V 75 consid. 5b/aa-cc).

10. a. 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). Il n'existe 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).

b. Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni la maxime inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136). À l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87). La récente jurisprudence du Tribunal Fédéral prévoyant que la Cour ordonne une expertise au besoin ne saurait en effet permettre à l'assurance de se soustraire à son obligation d'instruire (ATF 137 V 210 ; cf. notamment ATAS/588/2013 du 11 juin 2013 ; ATAS/454/2013 du 2 mai 2013 ; ATAS/139/2013 du 6 février 2013).

11. En l'occurrence, l'intimé retient que, depuis son accident, survenu en septembre 2014, l'assuré n'est plus en mesure d'exercer sa profession antérieure de « déménageur » (recte : chauffeur-déménageur). À l'issue du délai de carence d'un an, le 8 septembre 2015, il subsistait une totale incapacité de travail dans toute activité, ce qui ouvrait droit au versement d'une rente entière. En revanche, l'assuré a recouvré, en août 2016, une pleine capacité à exercer toute activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, ce qui a entraîné la suppression de sa rente avec effet au 31 octobre 2016. S'agissant de l'intervention chirurgicale du 1^{er} juin 2017, le SMR estime qu'elle n'a entraîné qu'une incapacité de travail transitoire, du 1^{er} juin au 31 août 2017 – ouvrant à nouveau droit au versement d'une rente pendant trois mois –, ensuite de quoi l'assuré a recouvré une pleine capacité dans toute activité adaptée, entraînant derechef la suppression de sa rente.

De son côté, le recourant soutient que sa totale incapacité de travail a persisté au-delà du 31 août 2017, que son rendement est réduit et que l'octroi de mesures de réadaptation est « inévitable ». En outre, il relève que le SMR a évalué sa capacité de travail sur la base d'éléments médicaux n'allant pas au-delà d'août 2016, comme en témoigne l'avis du 7 novembre 2017, ce qui démontre une instruction incomplète sur le plan médical. Il ajoute que la Dresse G_____ l'a jugé inapte à effectuer tout travail nécessitant l'utilisation du poignet droit et qu'il a contesté le rapport du Dr F_____ dans le cadre de la procédure parallèle en matière d'assurance-accidents. Enfin, dans sa dernière écriture, datée du 30 novembre 2018, le recourant expose qu'une nouvelle intervention chirurgicale a été agendée le

14 janvier 2019, que son état de santé n'est pas encore stabilisé et que, tant que son traitement n'est pas terminé, sa capacité de travail doit être jugée nulle.

12. Il convient d'examiner quelles sont les répercussions des atteintes à la santé du recourant sur sa capacité de travail, en particulier depuis août 2016, à compter duquel la décision attaquée le juge pleinement capable d'exercer une activité adaptée à ses limitations.

a. Dans son avis du 7 mars 2017, le Dr D_____, a déduit des rapports des Drs F_____ et E_____ que l'assuré a recouvré, à compter d'août 2016, une capacité de travail entière dans toute activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Ce point de vue rejoint effectivement celui exprimé, en août 2016, par le chirurgien de l'assuré, le Dr E_____, lequel a alors indiqué que si l'intéressé était toujours incapable d'exercer son activité habituelle, on pouvait envisager l'exercice d'une activité légère adaptée, à un taux d'occupation de 100%. De son côté, le Dr F_____ avait retenu en juin 2016 – soit deux mois plus tôt – que l'on pouvait exiger de l'assuré qu'il exerçât à plein temps, sans diminution de rendement, une profession lui permettant de conserver une attelle autour du poignet droit et d'éviter le port des charges à droite, ainsi que de monter sur des échelles.

Sur la base de ces rapports, concordant et non contredits par d'autres pièces du dossier, l'intimé était fondé à retenir que l'assuré avait recouvré, dès août 2016, une pleine capacité de travail dans toute activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Dans la mesure où le recourant ne remet pas en question – autrement qu'en se prévalant d'une diminution de rendement non étayée médicalement - la comparaison des revenus effectuée par l'OAI dès le 1^{er} août 2016, et dont résulte un degré d'invalidité nul, la suppression de la rente d'invalidité retenue par l'intimé trois mois plus tard ne prête pas le flanc à la critique.

b. Par la suite, l'assuré a subi, le 1^{er} juin 2017, une cinquième opération, à savoir une résection de la première rangée des os du carpe et une dénervation totale du poignet droit, laquelle a été réalisée par la Dresse G_____ (cf. rapport opératoire du 8 juin 2017). Invitée par l'OAI à compléter un questionnaire suite à cette intervention, la Dresse G_____ a attesté, dans un bref rapport daté du 21 octobre 2017, d'une mauvaise évolution, d'une absence de force dans la main droite et d'un « état définitif non atteint », tout en précisant que la reprise d'une activité professionnelle dépendait de l'évolution clinique. La Dresse G_____ a également indiqué que l'assuré poursuivait sa physiothérapie. En revanche, la chirurgienne n'a pas mentionné la date à partir de laquelle l'on pouvait exiger de l'assuré qu'il reprenne une activité professionnelle adaptée à son handicap, suite à sa dernière opération, pas plus qu'elle n'a indiqué quelles étaient les limitations fonctionnelles à retenir, vu l'« état définitif non atteint ».

Après avoir reçu le rapport de la Dresse G_____, le SMR, dans un avis succinct fondé sur le dossier, daté du 9 novembre 2017, a retenu qu'« [...] une nouvelle intervention a été prévue pour janvier 2017, cela ne veut pas dire qu'il y a eu une

aggravation, il n'y a pas de nouvelle atteinte, les limitations fonctionnelles n'ont pas changé. Cette intervention finalement a eu lieu en juin 2017 et a généré une incapacité de travail pour toute activité limitée dans le temps, trois mois après l'opération. Dès septembre, du point de vue médico-théorique, on se retrouve avec 0-100 avec les mêmes limitations ».

c. L'avis exprimé par le SMR le 9 novembre 2017 constitue un rapport au sens de l'art. 59 al. 2^{bis} LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI). Comme cela ressort des considérants qui précèdent (cf. consid. 4), un tel document a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier 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 ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder. Un tel rapport ne pose pas de nouvelles conclusions médicales, mais porte une appréciation sur celles déjà existantes (arrêts du Tribunal fédéral 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1).

Or, dans la mesure où il constate - sans examen médical préalable, ni réelles explications - des limitations fonctionnelles demeurant inchangées et conclut à une incapacité de travail limitée à trois mois après l'opération, l'avis du Dr L_____ pose indiscutablement des conclusions nouvelles. Toutefois, ces conclusions ne sont pas étayées sous l'angle médical, puisque dans son rapport d'octobre 2017, la Dresse G_____ a apposé à deux reprises l'annotation manuscrite « état définitif non atteint » et qu'elle a précisément renoncé à énumérer les limitations fonctionnelles de l'assuré, respectivement à mentionner à partir de quelle date on pouvait exiger de lui l'exercice d'une profession adaptée à son handicap. Partant, force est de constater que le SMR a pris des conclusions nouvelles, non corroborées par les rapports en sa possession, sans les étayer par des explications circonstanciées. À défaut de rapport permettant de déterminer clairement à partir de quelle date, suite à l'opération du 1^{er} juin 2017, l'exercice d'une activité professionnelle (adaptée) pouvait à nouveau être envisagé, l'OAI, respectivement le SMR, ne pouvait faire l'économie d'une mesure d'instruction complémentaire, par exemple en invitant la Dresse G_____ à se déterminer plus précisément sur la date d'une potentielle reprise d'activité (adaptée) ou en procédant lui-même à un examen médical, voire en ordonnant une expertise.

d. Dans ces conditions, la Cour de céans ne saurait se fonder sur l'avis du SMR du 9 novembre 2017 pour confirmer la suppression - contestée - de la rente d'invalidité dès le 1^{er} septembre 2017, étant rappelé qu'il n'appartient pas au juge de suppléer aux carences de l'instruction diligentée par l'administration.

La cause sera donc renvoyée à l'intimé pour qu'il complète l'instruction au sujet de la capacité de travail et du degré d'invalidité du recourant postérieurement au 31 août 2017, puis statue à nouveau sur le droit à la rente d'invalidité et à des mesures d'ordre professionnel au-delà de cette date.

e. Le recourant ayant précisé, dans ses dernières écritures, qu'il a dû subir une (sixième) opération en janvier 2019, à savoir l'installation d'une prothèse totale du poignet, il conviendrait que l'intimé, dans le cadre du complément d'instruction à venir, examine également la question d'une éventuelle modification de l'état de santé, respectivement de la capacité de travail, en relation avec cette intervention.

13. Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis et la décision du 12 avril 2018 annulée, en tant qu'elle porte sur la période postérieure au 31 août 2017. La cause est renvoyée à l'intimé pour qu'il complète l'instruction, puis rende une nouvelle décision concernant ladite période.
14. Dans la mesure où l'instruction entreprise par l'intimé se révèle incomplète, ce qui justifie que la cause lui soit renvoyée, il sera renoncé aux mesures d'instruction proposées par le recourant, par appréciation anticipée des preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a ; ATF 122 III 219 consid. 3c).
15. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui est accordée à titre de participation à ses frais et dépens, à charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 - RFPA ; RS E 5 10.03).
16. La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice, un émolument de CHF 500.- est mis à charge de l'intimé (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. L'admet partiellement et annule la décision du 12 avril 2018, en tant qu'elle porte sur la période postérieure au 31 août 2017.
3. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision, dans le sens des considérants.
4. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de CHF 2'000.- à titre de dépens.
5. Met un émolument de CHF 500.- à la charge de l'intimé.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La Présidente

Marie-Catherine SÉCHAUD

Karine STECK

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