



POUVOIR JUDICIAIRE

A/4192/2018

ATAS/1005/2019

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 31 octobre 2019

3^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié c/o Madame A_____, à
CHÂTELAINE recourant

contre

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

**Siégeant : Karine STECK, Présidente ; Diane BROTO et Christine LUZZATTO, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né en 1997, originaire d'Espagne, est arrivé en Suisse en 2010. Au bénéfice d'une autorisation d'établissement (permis C), il a été stagiaire aide-monteur en serrurerie chez B_____ (ci-après : l'employeur) à compter du 15 avril 2017, dans l'attente de reprendre un apprentissage de constructeur-métallique auprès du même employeur, le 28 août 2017.
2. Le 13 mai 2017, l'assuré a été victime d'un accident qui a eu pour conséquence une incapacité de travail totale : impliqué dans une bagarre, à la sortie d'un établissement nocturne, il a été agressé à l'aide d'une arme blanche au niveau de l'avant-bras gauche. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: la SUVA) a pris en charge les suites du sinistre.
3. Le 10 août 2017, l'assuré a déposé une demande des prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI) en invoquant une plaie à l'avant-bras gauche du tiers proximal, face palmo-ulnaire, avec section à 90% du muscle fléchisseur profond des doigts (ci-après : FDP), section à 90% du muscle fléchisseur superficiel des doigts (ci-après : FDS), section à 100% du muscle fléchisseur ulnaire du carpe (ci-après : FCU), section à 100% de l'artère ulnaire et section à 100% du nerf ulnaire.
4. Ont été versés au dossier les éléments recueillis par la SUVA et l'OAI, notamment :
 - un curriculum vitae ainsi qu'un certificat de travail, desquels il ressort que l'assuré a accompli divers stages dans les domaines de la menuiserie, de la mécanique automobile et de la serrurerie entre 2013 et 2014 ;
 - un contrat d'apprentissage de constructeur-métallique (CFC) auprès de B_____ pour la période du 24 août 2015 au 30 juin 2019 ;
 - un contrat de stage rémunéré d'aide-monteur en serrurerie chez B_____ pour la période du 15 avril 2017 au 27 août 2017, faisant état d'un salaire mensuel brut de CHF 2'000.- ;
 - un courrier rédigé le 21 juillet 2017 par B_____ expliquant que l'assuré a suspendu son apprentissage en décembre 2016 puis a travaillé en tant que stagiaire dès avril 2017 dans le but de reprendre son apprentissage en 2^{ème} année le 28 août 2017 ;
 - deux comptes rendus opératoires de la doctoresse C_____, médecin-chef de clinique au service de chirurgie de la main des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), relatifs à des interventions pratiquées les 13 mai 2017 (suture fascia musculaire du FDP, FDS, FCU et suture microchirurgicale de l'artère ainsi que du nerf ulnaire avec *nerve graft*) et 16 mai 2017 (révision de la plaie

de l'avant-bras gauche, prélèvement du nerf sural au niveau du membre inférieur gauche et suture du nerf ulnaire avec greffe nerveuse de nerf sural) ;

- une lettre de sortie du 29 mai 2017 rédigée par les docteurs D_____ et E_____, respectivement médecin-adjoint et médecin interne au service de chirurgie orthopédique et de traumatologie de l'appareil moteur des HUG, évaluant favorablement les suites des interventions précitées et préconisant notamment des séances de physiothérapie et le port d'une attelle pendant quatre semaines ;
 - un rapport médical du 20 juin 2017 du Dr E_____ constatant une incapacité de travail à 100% dès le 13 mai 2017 pour une durée de trois mois, sujette à réévaluation ;
 - une ordonnance pénale du Ministère public, rendue le 14 septembre 2017, condamnant l'assuré pour rixe en lien avec les événements du 13 mai 2017 ;
 - un rapport de l'employeur du 18 septembre 2017 attestant que l'assuré a repris son apprentissage à un taux de 20% dès le 28 août 2017 afin d'exercer son bras ;
 - un bref rapport médical du 3 décembre 2017 rédigé par la doctoresse F_____, spécialiste FMH en chirurgie plastique, reconstructive et chirurgie de la main et médecin traitant de l'assuré, indiquant que les lésions de celui-ci suite à son accident ont progressé très favorablement ;
 - un rapport du 24 février 2018 de la Dresse F_____ constatant un manque de force dans la main gauche en raison de la récupération fonctionnelle du nerf ulnaire post section complète ainsi que des sutures des FDP, FDS, FCU et du nerf ulnaire toujours en cours ;
 - un courriel du 2 juillet 2018 de B_____ adressé à la SUVA expliquant que le contrat d'apprentissage de l'assuré a été résilié au 30 juin 2018 et que ce dernier était suivi par un psychiatre pour dépression majeure ;
 - un rapport d'entretien de la SUVA du 25 juillet 2018 faisant état de nombreuses absences injustifiées de l'assuré à son travail et de la résiliation de son contrat au 30 juin 2018 ;
 - une brève évaluation du 25 juillet 2018 du Docteur G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA, concluant notamment à l'absence de limitations fonctionnelles dans l'activité professionnelle ;
 - une décision de la SUVA du 26 juillet 2018 reconnaissant à l'assuré une pleine capacité de travail dans son activité habituelle dès le 1^{er} août 2018.
5. Sur la base de ces renseignements, l'OAI a procédé le 21 septembre 2018 au calcul du degré d'invalidité théorique de l'assuré.

S'agissant du revenu d'invalidé, il s'est basé sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) 2016 (TA1, niveau d'activité 1), qui l'a conduit à retenir un

revenu de CHF 67'321.- (5'312.- CHF/mois pour 40 h./sem. = 5'538.- CHF/mois pour 41,7 h./sem. = CHF 66'453.- en 2014 = CHF 67'321.- en 2017). Aucune réduction supplémentaire n'a été appliquée.

S'agissant du revenu avant invalidité, il a pris en compte un salaire basé sur la même source statistique et selon les mêmes modalités que le revenu d'invalidé, soit, pour 2017, un revenu annuel brut raisonnablement exigible de CHF 67'321.-. Le choix de s'appuyer sur l'ESS s'expliquait par le fait que l'assuré était en apprentissage au moment de son accident.

Dans une note de travail du même jour, il a exposé que l'assuré avait été en incapacité de travail du 13 mai 2017 au 31 juillet 2018, période pendant laquelle la SUVA lui avait versé des indemnités journalières après réduction par décision du 26 juillet 2018. Celle-ci avait conclu à une pleine capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle dès le 1^{er} août 2018.

L'OAI a également conclu que l'assuré avait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès le 28 août 2017, date à laquelle il avait repris son apprentissage à 20% selon son employeur.

6. Par décision du 6 novembre 2018, l'OAI a nié à l'assuré le droit à des mesures professionnelles et à une rente d'invalidité.

La situation de l'assuré était celle d'une personne se consacrant à temps complet à son activité professionnelle. L'incapacité de travail était totale dans l'activité habituelle depuis le 13 mai 2017, mais l'intéressé avait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée depuis le 28 août 2017.

Comparant le revenu que l'assuré aurait réalisé sans atteinte à sa santé, soit CHF 67'321.-, à celui qu'il aurait pu obtenir malgré celle-ci, soit CHF 67'321.-, l'OAI a constaté l'absence de toute perte de gain à la fin du délai d'attente d'un an, le 13 mai 2018.

7. Par écriture du 29 novembre 2018, l'assuré a interjeté recours contre cette décision en invoquant l'impossibilité d'exercer son activité de constructeur-métallique en raison d'une diminution importante de la force et de la sensibilité de sa main gauche.

Le recourant affirme vouloir poursuivre une nouvelle activité professionnelle en corrélation avec sa réelle capacité de travail.

Il explique avoir repris son travail en août 2017 de peur de perdre son logement et sa formation. La reprise ne s'est pas faite progressivement et sa cicatrice s'est réouverte deux mois plus tard. En fin de compte, son employeur a mis un terme à son contrat en juin 2018 parce qu'il était trop lent et peu efficace.

Il produit notamment :

- un rapport du 12 juin 2018 du docteur H_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, diagnostiquant une affection neuropsychiatrique caractérisée

par une fatigue fluctuante, un manque d'énergie, de motivation et une angoisse ; le médecin y exprime l'avis que son patient ne présente plus une pleine capacité de travail depuis le 1^{er} mai 2018, date à laquelle il a commencé à le suivre ; il préconise de lui donner une chance de poursuivre sa formation de constructeur-métallique ;

- un rapport d'examen d'électroneuromyographie (ENMG) du 28 juin 2018 rédigé par les docteurs I_____, médecin adjoint agrégé, et J_____, cheffe de clinique du service de neurologie des HUG, constatant des signes neurographiques d'atteinte complète des fibres sensitives et d'atteinte partielle des fibres motrices du nerf ulnaire gauche en raison d'une variante anatomique dudit nerf.

8. Dans sa réponse du 23 janvier 2019, l'OAI a conclu au rejet du recours.

L'intimé rappelle que l'assureur-accidents a reconnu à l'assuré une pleine capacité de travail dans son activité habituelle depuis août 2018.

L'OAI considère que les motifs de la résiliation du contrat de travail trouvent leur source dans les nombreuses absences injustifiées de l'intéressé.

Il se réfère à l'avis émis le 6 décembre 2018, par la doctoresse K_____, médecin auprès du Service médical régional (SMR), qui relève d'une part, que le rapport d'ENMG du 28 juin 2018 montre la présence de « séquelles neurologiques beaucoup moins graves que prévu en raison d'une variante anatomique du nerf ulnaire à gauche laissant peu de séquelles », d'autre part, que le Dr H_____ ne mentionne pas le diagnostic retenu.

9. Invité à se déterminer, le recourant n'a déposé aucune observation dans le délai imparti.

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. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA ; art. 62ss de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

3. La question litigieuse est de savoir si le recourant a droit à des prestations de l'assurance invalidité en raison de son atteinte à la santé, plus particulièrement à une rente d'invalidité et à des mesures professionnelles.
4. 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).
5. 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.

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).

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

D'après la jurisprudence, on applique de manière générale dans le domaine de l'assurance-invalidité le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations de l'assurance-invalidité, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité ; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente (sur ce principe général du droit des assurances sociales, voir ATF 123 V 233 consid. 3c ; ATF 117 V 278 consid. 2b ; ATF 117 V 400 consid. 4b et les arrêts cités). La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente qu'à celui des mesures de réadaptation (art. 21 al. 4 LPGA).

6. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40 % en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40 % au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGGA.
7. a. 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).
- b. 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 LPGGA), 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).

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.

c. 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).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

d. Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

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

f. 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).

8. 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).
9. 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 137V210 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).
10. En l'espèce, il n'est pas contesté que le recourant est incapable d'exercer son activité habituelle depuis le 13 mai 2017 en raison de l'atteinte à son bras gauche.

Se basant sur le rapport du Dr G_____ du 25 juillet 2018 et la décision de la SUVA du 26 juillet 2018, l'intimé considère que l'assuré a recouvré une pleine capacité dans une activité adaptée depuis le 28 août 2017, date à laquelle il a réintégré son apprentissage à 20%. Il se réfère également aux conclusions du SMR,

qui estime que le rapport d'ENMG du 28 juin 2018 montre des séquelles « beaucoup moins graves que prévu ».

Le recourant invoque, quant à lui, l'impossibilité d'exercer l'activité de constructeur-métallique en raison d'une diminution importante de la force et de la sensibilité de sa main gauche suite à son accident et allègue que son employeur l'a licencié de ce fait. Il affirme vouloir reprendre une activité adaptée à son état.

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

S'agissant du rapport du Dr G_____ du 25 juillet 2018, la Cour de céans relève qu'il s'agit d'une courte appréciation, peu détaillée, qui conclut à une absence de limitation fonctionnelle dans l'activité professionnelle, sans analyse médicale préalable. Tant la brièveté que le manque de motivation de ce rapport ont pour conséquence qu'on ne saurait lui reconnaître force probante.

Quant à l'avis du SMR du 6 décembre 2018, force est de constater qu'il conclut à des « séquelles neurologiques beaucoup moins graves que prévu » sans explication aucune à l'appui de cette constatation. Qui plus est, cette appréciation est mise à mal par les conclusions du rapport d'ENMG du 28 juin 2018 qui constate « des signes neurographiques d'atteinte complète des fibres sensibles et d'atteinte partielle des fibres motrices du nerf ulnaire gauche ». À défaut d'être sérieusement motivée, l'avis du SMR, en tant qu'il diverge des constatations cliniques, ne saurait lui non plus emporter la conviction de la Cour de céans, d'autant que, pas plus que le rapport du Dr G_____, l'avis du SMR ne repose sur des observations cliniques auxquelles l'un des médecins aurait personnellement procédé. Or, l'existence d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée depuis le 28 août 2017 n'est pas corroborée par les observations des médecins traitants.

Les docteurs C_____, D_____, E_____, F_____, I_____ et J_____ ne se sont prononcés ni sur les limitations fonctionnelles de l'intéressé, ni sur sa capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée. Le rapport d'ENMG ne précise pas non plus les répercussions possibles des atteintes constatées sur l'activité professionnelle du recourant. Si ce dernier a repris, de manière progressive, son activité habituelle (à 20%) le 28 août 2017, on ne saurait nullement en déduire, comme l'a fait l'intimé, qu'il a recouvré sa pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

Le Dr H_____ a pour sa part mis en doute la pleine capacité de travail de son patient. Il ne fait cependant état d'aucun diagnostic, ni d'aucune limitation précise, de sorte qu'il est clairement insuffisant pour établir l'existence d'une atteinte incapacitante de l'intéressé et se déterminer sur la capacité de ce dernier à exercer une activité adaptée.

En l'absence d'analyse complète et probante de la situation médicale du recourant, les rapports versés à la procédure ne permettant pas à la Cour de céans de déterminer les limitations fonctionnelles et la capacité de travail résiduelle du

recourant, que ce soit dans son activité habituelle ou dans une activité adaptée, la cause est renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire sur ces points par la mise en œuvre d'une investigation médicale sous la forme d'une expertise neurologique conduite par un expert indépendant au sens de l'art. 44 LPGA. A l'issue de cette instruction, l'intimé rendra, dans les meilleurs délais, une nouvelle décision quant aux droits du recourant à une rente d'invalidité et à des mesures professionnelles.

Au vu de ce qui précède, le recours est admis partiellement et la décision du 6 novembre 2018 annulée. La cause est renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants qui précèdent.

Etant donné que, depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement au sens des considérants.
3. Annule la décision du 6 novembre 2018.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La Présidente

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