

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4388/2016

ATAS/69/2018

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 29 janvier 2018

10^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à PLAN-LES-OUATES, comparant
avec élection de domicile en l'étude de Maître Luigi CATTANEO

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Mario-Dominique TORELLO, Président; Pierre-Bernard PETITAT et
Georges ZUFFEREY, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré), né en 1966, d'origine portugaise, est arrivé en 1983 en Suisse, où il a obtenu un CFC de mécanicien de précision.
2. A compter du 3 octobre 1988, l'assuré a travaillé chez Manufacture de Haute Horlogerie B_____ (ci-après B_____). Dès 2014, l'assuré a été responsable de la fabrication des composants usinés.
3. Le 1^{er} juin 2015, l'assuré a été licencié pour le 30 septembre 2015.
4. Le 9 août 2015, l'assuré a subi un accident, dont les suites ont été prises en charge par la SUVA (ci-après l'assureur-accidents).
5. Par rapport du 14 septembre 2015, le docteur C_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, a diagnostiqué une entorse au poignet droit. L'évolution était lentement favorable. La mobilisation restait douloureuse et une reprise du travail n'était pas d'actualité.
6. Le 1^{er} octobre 2015, l'assuré a été examiné par le docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de l'assureur-accidents. Par rapport du 5 octobre 2015, le médecin a diagnostiqué un status après traumatisme du poignet, suite à une chute de sa hauteur, chez un assuré porteur de séquelles d'un traumatisme de la main quand il avait 18 ans. En tant que responsable de fabrication, il associait une activité bureautique avec le transport parfois de pièces lourdes qui pouvaient peser entre 5 et 20 kg. Ceci restait toutefois rare. Le médecin recommandait un nouveau bilan radiologique et un séjour auprès de la Clinique romande de réadaptation (ci-après CRR).
7. Par rapport du 27 novembre 2015, le Dr C_____ a indiqué notamment que l'évolution avait été d'abord favorable, puis elle avait stagné, avec la persistance de douleurs à la mobilisation.
8. Du 27 octobre au 1^{er} décembre 2015, l'assuré a séjourné à la CRR. Par rapport du 9 décembre 2015, le docteur E_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, a diagnostiqué des douleurs chroniques au poignet droit, une lésion du TFCC (ligament triangulaire fibro-cartilagineux complexe du carpe) droit (arthro-IRM du 9 novembre 2015), une infiltration du TFCC droit le 20 novembre 2015, une chute dans les escaliers avec traumatisme en extension des mains et contusions costales (le 9 août 2015), un antécédent d'écrasement du poignet droit en 1984, avec notion d'opération tendineuse, un antécédent de traumatisme de l'IPD du 2^{ème} doigt droit, opéré, ainsi que de légères neuropathies sensitives axonales du nerf radial superficiel et de la branche cutanée dorsale du nerf ulnaire droit (ENMG du 13 novembre 2015).

Les plaintes et les limitations fonctionnelles étaient des douleurs du poignet droit. Les douleurs étaient comme des piqûres, réveillant l'assuré la nuit et associées à un endormissement et à des fourmillements le matin du membre supérieur droit. Il existait une raideur matinale d'environ 1 heure au poignet droit et aux doigts et une

perte de la sensibilité et de la force à la main et au poignet droits. L'arthro-IRM effectuée le 9 novembre 2015 avait révélé une déchirure palmaire du TFCC sans rupture complète, des signes de lésions des ligaments extrinsèques dorsaux avec déchirure interstitielle dorsale du ligament scapho-triquétal et un amincissement cartilagineux en miroir trapézoïdio-scaphoïdien. Une infiltration avait été réalisée, qui n'avait pas amené d'amélioration. Aucun diagnostic psychopathologique n'avait été retenu chez un assuré ayant été marqué par son licenciement et qui pouvait se projeter dans une activité future. La participation de l'assuré aux thérapies avait été considérée comme élevée. Les plaintes et les limitations fonctionnelles s'expliquaient principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour. Les limitations fonctionnelles provisoires étaient les activités nécessitant des mouvements répétitifs du poignet droit en inclinaison ulnaire et les ports répétés de charges supérieures à 5kg. La situation n'était pas stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles. A la sortie, il convenait de poursuivre les séances d'ergothérapie et de physiothérapie et une stabilisation médicale était attendue dès début 2016. Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité était limité par des facteurs non-médicaux chez un assuré qui avait été licencié. Une reprise médico-théorique dès le début 2016 était à prévoir. Enfin, l'incapacité de travail dans la profession actuelle de responsable de fabrication dans l'horlogerie était totale jusqu'au 31 décembre 2015.

9. Le 21 janvier 2016, l'assuré a indiqué à l'assureur-accidents qu'il avait travaillé pendant 27 ans chez B_____ en tant que régleur-mécanicien, puis les dernières années, comme responsable fabrication de composants usinés. Il n'y avait pas de lourdes charges ni de manutention répétitive.
10. Le 1^{er} février 2016, l'assuré a été engagé à 50% en qualité de responsable de production auprès de J_____ SA.
11. Le 13 février 2016, le Dr C_____ a relevé que des douleurs et une diminution de la force au niveau du poignet droit persistaient. Le traitement consistait en la prise de médicaments, le port d'une attelle, des séances de physiothérapie et d'ergothérapie. L'incapacité de travail était de 50% depuis le 1^{er} février 2016.
12. Lors d'un entretien téléphonique avec l'assureur-accidents le 1^{er} mars 2016, l'assuré a expliqué qu'il s'occupait de diriger une petite équipe et de l'organisation administrative. Il avait de la peine à utiliser la souris de l'ordinateur car au bout d'un certain temps, il avait de vives douleurs dans son poignet. Le port de charges lui était impossible pour le moment.
13. Le 14 mars 2016, le Dr D_____ a indiqué qu'une reprise à 100% était prévisible en avril.
14. Le 17 mars 2016, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité (ci-après OAI).
15. Par rapport du 9 avril 2016, le Dr C_____ a diagnostiqué, avec effet sur la capacité de travail, une entorse au poignet droit, des limitations fonctionnelles et

des douleurs chroniques au poignet droit, une lésion du TFCC droit, un antécédent d'écrasement du poignet droit en 1984 et une opération tendineuse en 1984, un antécédent de traumatisme de l'IP droit, 2^{ème} doigt opéré. L'incapacité de travail en tant qu'horloger était totale du 9 août 2015 au 31 janvier 2016 et à 50% dès le 1^{er} février 2016. L'évolution était lentement favorable sous traitement médicamenteux, physiothérapie et ergothérapie. Il existait des limitations dans les mouvements externes et fins de la main droite, accompagnés de douleur selon la position. L'assuré ne pouvait soulever/porter avec la main droite, l'utilisation de celle-ci était limitée. La capacité d'adaptation et la résistance étaient limitées au niveau de la main droite.

16. Par rapport du 27 avril 2016, le Dr C_____ a relevé la persistance de douleurs en rotation du poignet et lors de l'utilisation de la "pince". La force était également diminuée (maximum 5 kg). L'incapacité de travail était toujours de 50%.
17. Par rapport du même jour, le Dr D_____ a noté que l'assuré était à six mois de son séjour à la CRR. Il persistait quelques lésions sensibles qui étaient antérieures à l'accident de l'assuré. Il considérait que le retour à l'état antérieur pouvait être considéré comme atteint. La lésion ligamentaire du poignet était incomplète et ne justifiait pas, à elle seule, l'incapacité de travail partielle actuelle. Le médecin rappelait que la CRR avait proposé le retour à l'ancienne activité en début d'année 2016. Dans ces conditions, l'incapacité de travail ne pouvait pas être considérée comme la conséquence de l'événement traumatique signalé en août 2015. Elle pouvait être justifiée, mais en lien probable avec les antécédents traumatiques anciens. En conclusion, le retour à l'état antérieur était proposé huit mois après l'accident, en l'absence de lésion déterminante susceptible d'influencer définitivement l'état antérieur.
18. Le 24 juin 2016, le Dr C_____ a indiqué que l'état de santé de l'assuré était stationnaire depuis février 2016. L'évolution était stable, avec des limitations dans les mouvements extrêmes et fins de la main droite, accompagnées de douleurs positionnelles. L'assuré suivait un traitement médicamenteux, des séances de physiothérapie et d'ergothérapie. La capacité de travail était de 50% en tant que responsable fabrication dans l'horlogerie. L'assuré était suivi conjointement par le docteur F_____, spécialiste FMH en chirurgie de la main.
19. Par décision sur opposition du 7 juillet 2016, confirmant sa décision du 4 mai 2016, l'assureur-accidents a mis fin au paiement des prestations au 11 mai 2016 au motif que les troubles qui subsistaient n'étaient plus dus à l'accident.

Cette décision a fait l'objet d'un recours, actuellement pendant devant la chambre de céans (A/3026/2016).
20. Par avis du 7 septembre 2016, le Service médical régional AI (ci-après SMR) a estimé que l'assuré possédait une capacité de travail entière. Il n'y avait donc pas d'incapacité de travail durable.

21. Par projet de décision du 13 septembre 2016, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait lui nier le droit à une rente d'invalidité. Son incapacité de travail avait été restreinte entre août 2015 et février 2016. Or, une incapacité de travail de moins d'une année n'ouvrait pas le droit à une rente.
22. Le 4 octobre 2016, l'assuré a contesté ce projet de décision, expliquant notamment qu'il n'avait pas pu reprendre une activité à 100% en février 2016 en raison des douleurs constantes. Une reprise à 100% n'était toujours pas envisagée par ses médecins.

A l'appui de sa contestation, l'assuré a produit notamment:

- un bilan d'ergothérapie du 13 mai 2016 établi par Madame G_____, selon lequel lors de sa première séance, l'assuré se plaignait de douleurs constantes au poignet et d'un manque de force. Il se retrouvait gêné dans plusieurs activités de la vie quotidienne, liées principalement aux appuis, au port de charges et aux mouvements de rotation du poignet. L'ergothérapie avait contribué à une amélioration des fonctions (amplitudes articulaires, endurance, légère diminution des douleurs). Cependant des douleurs chroniques l'empêchaient d'exercer son activité professionnelle à temps plein;
 - une attestation du Dr C_____ du 26 août 2016, selon laquelle l'assuré était en incapacité de travail à 50% depuis le 1^{er} février 2016, pour une période indéterminée. L'assuré, qui était toujours suivi médicalement, présentait des gênes quotidiennes et professionnelles résiduelles (tenue d'objets lourds, manque de force, manipulation de la souris de l'ordinateur et des douleurs récurrentes le réveillant la nuit, augmentées à l'effort).
23. Par avis du 10 novembre 2016, le SMR a indiqué que les nouvelles pièces n'apportaient aucun élément nouveau. Il a rappelé que les médecins de la CRR avaient considéré qu'une stabilisation médicale était attendue dès début 2016 et que la reprise médico-théorique était exigible depuis lors. Le SMR a expliqué qu'il ne faisait que s'aligner sur la décision de l'assureur-accidents et qu'il estimait que les médecins de l'assuré faisaient une évaluation différente des mêmes états de fait.
 24. Par décision du 15 novembre 2016, l'OAI a nié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité au motif qu'une incapacité de travail de moins d'une année n'ouvrait pas le droit à une rente.
 25. Par acte du 20 décembre 2016, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, a interjeté recours contre cette décision, concluant, sous suite de frais et dépens, préalablement, à la mise en œuvre d'une expertise, principalement, à l'annulation de la décision et à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité, subsidiairement, au renvoi du dossier à l'OAI pour instruction complémentaire. Le recourant fait grief à l'OAI de ne pas avoir procédé à une instruction de son cas. L'assuré avait consulté le Dr F_____, qui avait craint des lésions du ligament triangulaire du poignet, de sorte qu'il l'avait dirigé vers le docteur H_____, spécialiste FMH en chirurgie de la main, pour envisager des solutions de traitement. Etant donné qu'il n'avait plus

l'usage de sa main droite en raison d'un manque de force, d'une incapacité de tenue, de la rotation du poignet, d'un défaut d'inclinaison du poignet, de douleurs augmentées à chaque utilisation de la main et d'un manque de sommeil, le recourant ne pouvait pas travailler à plein temps. Enfin, il était au chômage depuis le mois d'octobre 2016.

À l'appui de son recours, le recourant a produit notamment:

- une attestation du 7 septembre 2016 du Dr C_____ selon laquelle il existait une suspicion de lésions du ligament triangulaire du poignet, laquelle était en cours d'investigation chez le Dr H_____;
- un rapport du 20 septembre 2016 du Dr H_____ indiquant que suite à la chute en août 2015, le recourant présentait des douleurs du compartiment ulnaire du poignet droit. Ces douleurs étaient particulièrement marquées à la pronosupination et entraînaient une perte de force. A l'examen clinique, le recourant présentait une tuméfaction du tendon du muscle extenseur ulnaire du carpe (ECU) qui était douloureux et subluxé à la palpation. La radio-cubitale inférieure était un peu laxa, mais pas instable. La palpation du TFCC déclenchait une douleur tout comme la déviation ulnaire du poignet. Les radiographies montraient une augmentation de l'espace radio-ulnaire, un index radio-cubital augmenté et, sur les examens complémentaires, une déchirure du TFCC. Le médecin préconisait un recentrage de l'ECU, une ostéotomie de raccourcissement du cubitus et une éventuelle réinsertion du TFCC;
- un bilan d'ergothérapie du 9 décembre 2016 établi par Monsieur I_____, selon lequel les gênes étaient la rotation du poignet, le port de charges de plus de 3 kg, serrer un objet dans la durée, manipuler la souris de l'ordinateur (inclinaison douloureuse du poignet), des douleurs intermittentes augmentées à l'effort et dans les prises en force. Le recourant était réveillé par la douleur la nuit. Une amélioration des fonctions (amplitudes articulaire, endurance, diminution des douleurs) était objectivée. Cependant les douleurs chroniques empêchaient encore le recourant d'exercer son activité à temps plein.

Selon le recourant, il ressortait de la consultation du 20 septembre 2016 du Dr H_____ qu'il souffrait toujours des séquelles de son accident d'août 2015, ce qui l'empêchait de travailler à plus de 50%. Vu les conclusions contradictoires entre le SMR d'une part et notamment les Drs C_____, F_____ et H_____, l'intimé aurait dû poursuivre l'investigation.

26. Par réponse du 1^{er} février 2017, l'intimé a conclu au rejet du recours pour les motifs indiqués dans sa décision litigieuse. Selon les conclusions des médecins de la CRR, la capacité de travail du recourant était entière dans son ancienne activité respectant les limitations fonctionnelles suivantes: pas de mouvements répétitifs du poignet droit en inclinaison ulnaire et pas de ports répétés de charges supérieures à 5 kg. Le rapport de la CRR avait pleine valeur probante. Le fait que les médecins traitants aient une appréciation différente concernant l'état de santé du recourant n'était en

soi pas déterminant. Le Dr C_____ attestait l'existence de douleurs et de gênes rapportées par le recourant, mais n'apportait pas d'élément objectif nouveau à l'appui des plaintes. L'assureur-accidents avait également estimé que la capacité de travail du recourant était entière. Enfin, l'intimé sollicitait la production du nouveau cahier des charges annexé au nouveau contrat de travail du recourant signé par le recourant chez J_____ SA à partir du 1^{er} février 2016.

L'intimé a joint un avis du 10 janvier 2017 du SMR, indiquant notamment qu'au vu en particulier du rapport du Dr H_____ du 20 septembre 2016, il apparaissait que l'état de santé du recourant n'était toujours pas stabilisé. L'évolution subjective, après le séjour à la CRR, s'agissant des douleurs et du handicap allégué, ne semblait pas favorable, comme initialement attendue. En outre, une intervention chirurgicale avait été proposée. Les derniers documents restaient toutefois pauvres en informations objectives et étaient insuffisants pour se prononcer. En partant du principe qu'aucune intervention n'avait été effectuée, les limitations fonctionnelles retenues à l'issue du séjour à la CRR semblaient persister. Du fait que le cahier des charges n'était pas précisément décrit, il était difficile de confronter les limitations fonctionnelles aux tâches effectives. Par conséquent, l'estimation de la capacité de travail résiduelle exigible restait en suspens. En tout état de cause, force était de reconnaître qu'elle n'avait pas été déterminée de façon claire et convaincante et que le SMR n'était plus en mesure de valider la capacité de travail de 100% dans l'activité habituelle retenue précédemment.

27. Par réplique du 12 avril 2017, le recourant a persisté dans ses conclusions. Le Dr H_____ avait apporté des précisions dans deux rapports que le recourant versait à la procédure. Ces précisions contredisaient les conclusions de l'intimé. Son état de santé n'avait pas évolué, il était toujours en incapacité de travail à 50% et il n'avait pas pu être opéré faute de moyens. Le recourant a produit notamment:

- un rapport du 24 janvier 2017 du Dr H_____ selon lequel notamment le recourant souffrait depuis sa chute en août 2015, de douleurs au niveau du poignet droit, en particulier au niveau de la radio-cubitale inférieure, douleurs qui étaient augmentées aux mouvements de pronosupination et au serrage. Après un examen clinique et vu la radiographie du poignet, le médecin a diagnostiqué une instabilité du tendon ECU, un syndrome de compression ulno-carpien et stylo-carpien et une déchirure du TFCC. On savait que les lésions traumatiques de la radio-cubitale inférieure, en particulier du TFCC, pouvaient évoluer d'abord favorablement sous traitement conservateur, comme celui qu'avait eu le recourant, pour s'aggraver secondairement. C'était la situation dans laquelle on se trouvait en ce moment;
- un rapport du 4 avril 2017 du Dr H_____ rappelant notamment le diagnostic posé de déchirure du TFCC et de compression ulno-carpienne et stylo-carpienne avec tendinite de l'ECU d'accompagnement. Le recourant était actuellement en incapacité de travail à 50%. Une intervention chirurgicale permettrait probablement de retrouver une capacité entière comme mécanicien de précision, avec éventuellement une légère diminution du rendement.

- un cahier des charges de sa fonction chez J _____ SA.

28. Par duplicque du 11 mai 2017, l'intimé a relevé qu'à priori le travail actuellement exercé par le recourant était essentiellement un poste d'encadrement et de contrôle. Il n'était nullement vraisemblable que les deux positions du poignet à éviter sur le plan médical devaient être utilisées de manière répétitive. L'intimé ne pouvait que confirmer une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle, d'autant plus que l'assureur-accidents avait adopté la même conclusion.

L'intimé a produit un avis du 1^{er} mai 2017 du SMR, selon lequel seules une à deux tâches du cahier des charges semblaient nécessiter l'utilisation répétée du poignet droit, le reste semblant être plus d'ordre managérial. Cependant, il manquait le descriptif du poste en termes de port de charges et de travaux de force. Si l'activité habituelle du recourant nécessitait des mouvements répétitifs du poignet droit et le port de charges de plus de 5 kg, il y avait lieu d'admettre une incapacité de travail de 50% dans cette activité (pour autant que 50% de l'activité du recourant nécessite le mouvement répétitif du poignet droit et le port de charges de plus de 5 kg). Dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles, il n'y avait pas de raisons médicales objectives empêchant le recourant d'avoir une capacité de travail de 100% moyennant une petite baisse de rendement de l'ordre de 10 à 20% en raison des douleurs persistantes, et ce depuis février 2016. Même si l'intervention permettrait de recouvrer une capacité de travail entière dans l'activité habituelle, cette intervention n'était toutefois pas exigible.

29. Sur quoi, la chambre de céans a entendu les parties en comparution personnelle le 28 août 2017. Le recourant a notamment indiqué que son dernier employeur était une petite société, et qu'à ce titre, les collaborateurs étaient fréquemment appelés à s'occuper un peu de tout. Le cahier des charges qui était annexé à son contrat de travail correspondait aux exigences ISO (9000 ou 13000), mais il ne correspondait pas effectivement à ce qu'il était amené à faire au quotidien: par exemple, il devait préparer la matière (l'entreprise était active non seulement dans l'horlogerie, mais également dans le médical – instruments, prothèses, etc.), ce qui impliquait la coupe de barres d'acier ou de titane, par exemple, manier également des machines pour faire du tournage par exemple. Il devait également intervenir dans la phase finale pour le polissage des pièces (tribofinition). Il devait aussi s'occuper de la gestion du stock (ce qu'il n'arrivait pas à faire, puisque cela consistait notamment à déballer les paquets, ranger la matière, ce qui impliquait le maniement de poids supérieurs à 5 kg). Pour prendre un exemple, il y avait notamment des barres de profilé qui, en fonction du diamètre et de la longueur de plusieurs mètres, dépassaient largement la limite de ses possibilités. Lorsqu'il avait commencé à travailler, il avait trouvé une situation où il y avait beaucoup de retard dans les tâches qui lui étaient dévolues. Il y avait également beaucoup de travail en cours au niveau des commandes, de sorte que l'on attendait de lui une activité intense qui n'était pas seulement de l'ordre administratif décrit dans le cahier des charges. Par la suite, les choses s'étaient régularisées, la charge de travail avait diminué un peu. Son horaire de travail était

aménagé en fonction de ses capacités. Il était parfaitement d'accord de faire l'intervention chirurgicale. En effet, le Dr K_____ estimait qu'à terme cela lui permettrait de recouvrer une pleine capacité de travail. En revanche, il avait également dit que si l'opération n'était pas faite rapidement, des complications notamment dégénératives pouvaient survenir. L'opération était toujours d'actualité, mais faute de moyens, il ne pouvait pas la financer puisque l'assureur-accidents refusait de la prendre en charge, aussi bien d'ailleurs que l'assurance-maladie. Le recourant a expliqué qu'au moment de son licenciement chez B_____ (poste que l'intimé considérait comme celui relevant de son activité habituelle), il occupait en effet à ce moment-là des fonctions de supervision, comme responsable de production / usinage. Il lui arrivait en effet de dépasser les simples fonctions de supervision, en aidant notamment ses subordonnés lorsque le besoin s'en faisait sentir, par exemple au déplacement d'une machine, d'une armoire, etc. Ces extras ne survenaient pas tous les jours, mais à l'époque il n'avait pas eu d'accident et il se sentait disponible pour ce genre de tâches.

L'intimé a expliqué notamment que le SMR avait dans un premier temps évoqué le fait que le cas n'était pas stabilisé, et que les éléments du dossier ne permettaient pas de se prononcer catégoriquement, notamment en l'absence du cahier des charges. Il était vrai que, juridiquement, l'intimé s'était écarté de l'avis du SMR, car il considérait en effet que la problématique qui se posait tenait à la question de savoir quelle était l'activité habituelle, et à ce titre, l'intimé considérait que les dernières fonctions occupées par le recourant chez B_____ « respectaient les limitations qui ont été retenues par les médecins ». Les activités de l'époque ne nécessitaient pas des mouvements comme ceux retenus comme impossibles après l'atteinte à la santé.

Enfin, le recourant a versé à la procédure une copie d'un courrier du 21 juillet 2016 de sa caisse-maladie (Mutuel Assurances SA) refusant le versement d'indemnités journalières.

30. Le 14 septembre 2017, le recourant a produit un courrier du 7 septembre 2017 de sa caisse-maladie.
31. Par courrier du 17 janvier 2018, le recourant a expliqué qu'il tentait de travailler à plein temps depuis le 8 janvier 2018.
32. Après avoir adressé une copie de ce courrier 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) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des

assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

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

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

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.
4. La question litigieuse est de savoir si le recourant a droit à des prestations d'invalidité en raison de ses atteintes à la santé.
5. 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 gains toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gains 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 gains. 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).

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 gains de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

6. 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 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. A 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).

c. 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.

Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

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. Etant 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).

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).

7. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent 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. Ils ne peuvent 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). Selon la jurisprudence qui prévalait jusqu'à récemment, le juge cantonal qui estimait que les faits n'étaient pas suffisamment élucidés avait 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U.58/01 du 21 novembre 2001 consid. 5a). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a cependant modifié sa jurisprudence en ce sens que les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas du tout instruit un point médical (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4).
8. Enfin, 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. En l'occurrence, l'intimé estime que le recourant a présenté une incapacité de travail limitée d'août 2015 à février 2016, ce que ce dernier conteste.

Selon l'avis du SMR du 10 novembre 2016 et l'intimé, l'existence d'une capacité de travail entière dès le début 2016 se justifie notamment par la décision prise par l'assureur-accidents.

On rappellera que l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-accidents n'a pas de force contraignante pour l'assurance-invalidité (ATF 133 V 549 consid. 6). Le Tribunal fédéral des assurances a en outre jugé que les organes de l'assurance-invalidité et ceux de l'assurance-accidents sont tenus de procéder dans chaque cas de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité, les uns ou les autres ne pouvant se contenter de reprendre simplement et sans avoir effectué leur

propre examen le degré d'invalidité fixé par l'autre assureur (ATF 126 V 288 consid. 3d).

En l'espèce, au vu de la jurisprudence précitée, l'intimé ne pouvait se contenter de reprendre l'évaluation de la capacité de travail effectuée par l'assureur-accidents, ce d'autant plus qu'aucune décision entrée en force n'a encore été rendue par cet assureur.

Il y a donc lieu de déterminer si les rapports versés à la procédure permettent de retenir que le recourant présentait une capacité de travail entière dès mars 2016.

Le Dr E_____ de la CRR a certes indiqué, dans son rapport du 9 décembre 2015, que la capacité de travail du recourant dans sa profession de responsable de fabrication dans l'horlogerie était nulle jusqu'au 31 décembre 2015 et qu'une reprise médico-théorique était à prévoir début 2016. La chambre de céans constate que ce médecin n'a toutefois pas indiqué que la capacité de travail du recourant serait entière dès le début 2016. Qui plus est, ce médecin a relevé que la situation du recourant n'était pas encore stabilisée, du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles, et qu'une stabilisation médicale était attendue dès le début 2016. Ainsi, vu l'hypothétique stabilisation médicale avancée par le Dr E_____, il revenait à l'intimé d'instruire la question de savoir si l'état de santé du recourant s'était effectivement amélioré postérieurement au 31 décembre 2015 et quelle était, le cas échéant, sa capacité de travail. A cet égard, on relèvera que l'intimé a été dûment informé que le recourant était suivi par un spécialiste en chirurgie de la main, soit le Dr F_____ (rapport du Dr C_____ du 24 juin 2016). Or, force est de constater qu'avant de rendre sa décision litigieuse, l'intimé n'a requis aucune information auprès de ce spécialiste.

Par ailleurs, le rapport du Dr D_____ du 27 avril 2016 ne permet pas non plus de retenir que le recourant présentait une capacité de travail totale dans son activité habituelle à compter du début de l'année 2016. En effet, il résulte de ce rapport que ce médecin s'est uniquement prononcé sur le lien de causalité entre les troubles du recourant et l'accident survenu le 9 août 2015.

Enfin, il apparaît que le 14 septembre 2016 - soit antérieurement à la date de la décision litigieuse - le recourant présentait encore une tuméfaction du tendon du muscle extenseur ulnaire du carpe qui était subluxé, une augmentation de l'espace radio-ulnaire, un index radio-cubital augmenté et une déchirure du TFCC nécessitant une intervention chirurgicale complexe (rapport du Dr H_____ du 20 septembre 2016).

Ainsi, comme l'a dûment relevé le SMR dans son avis du 10 janvier 2017, il apparaît que la situation médicale du recourant n'était pas encore stabilisée au moment où l'intimé a rendu sa décision litigieuse. Partant, les rapports versés à la procédure ne permettent pas d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, les atteintes dont le recourant souffrait postérieurement au mois de février 2016 et

leurs éventuelles répercussions sur sa capacité de travail dans son activité habituelle et, le cas échéant, dans une activité adaptée.

Enfin, on relèvera encore que l'intimé n'a requis, ni de l'employeur auquel le recourant était contractuellement lié au début de son incapacité de travail totale, ni du dernier employeur, une description de la fonction du recourant en termes de port de charges, de travaux de force et d'activités nécessitant des mouvements répétitifs du poignet droit.

Compte tenu de ce qui précède, à défaut d'informations fiables et suffisantes sur les atteintes dont souffrait le recourant postérieurement au mois de février 2016 et leurs répercussions éventuelles sur sa capacité de travail, la chambre de céans n'est pas en mesure d'apprécier de manière adéquate sa situation médicale. Il convient dès lors de renvoyer la cause à l'intimé pour instruction médicale complémentaire, sous la forme d'une expertise effectuée par un chirurgien de la main indépendant. Les conditions jurisprudentielles d'un renvoi à l'administration sont d'autant plus remplies qu'aucune expertise n'a été mise en œuvre par l'intimé.

10. Le recours sera donc admis partiellement et la décision querellée annulée. La cause sera renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire auprès d'un chirurgien de la main indépendant et nouvelle décision.
11. Représenté par un mandataire, le recourant, qui obtient gain de cause, a droit à une indemnité de CHF 3'000.- à titre de dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 89 H de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).
12. 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.
3. Annule la décision de l'intimé du 15 novembre 2016.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants.
5. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de CHF 3'000.- à titre de dépens.
6. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
7. 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

Le président

Florence SCHMUTZ

Mario-Dominique TORELLO

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