

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1906/2013

ATAS/129/2014

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 29 janvier 2014**

**5<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur S \_\_\_\_\_, domicilié à GENEVE

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE  
GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE

intimé

**Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Christine BULLIARD et Monique STOLLER  
FÜLLEMANN, Juges assesseurs**

---

**EN FAIT**

1. Monsieur S\_\_\_\_\_ (ci-après l'assuré), né en 1954, de nationalité portugaise, titulaire d'un permis C, est arrivé en Suisse en 1978 et a essentiellement travaillé en qualité de maçon.
2. L'assuré a subi deux accidents en date des 16 avril et 9 juin 2002, lors desquels il a souffert d'un arrachement osseux du collatéral cubital de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce et d'une fracture longitudinale de la rotule gauche.
3. Par rapport du 14 mars 2003, le Dr A\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie et médecin d'arrondissement de l'assureur-accidents, a considéré que l'état n'était pas encore stabilisé au niveau du genou, en revanche, les troubles du nerf cubital investigués pour la première fois le 13 novembre 2002 n'étaient pas en rapport de causalité avec l'accident du 9 juin 2002.
4. L'assuré a séjourné à la Clinique romande de réadaptation du 25 mars au 23 avril 2003. Dans leur rapport du 26 mai 2003, les médecins ont retenu les diagnostics de fracture de la rotule gauche traitée par vissage le 17 juin 2002, d'ablation du matériel d'ostéosynthèse (AMO) le 21 octobre 2002, de gonalgies gauches chroniques avec syndrome fémoro-rotulien, de chondropathie rotulienne et trochléenne, de neuropathie ulnaire sensitivo-motrice du coude droit, de libération chirurgicale du nerf cubital droit le 26 novembre 2002, de status après résection arthroscopique de la corne postérieure du ménisque interne gauche le 7 décembre 2000, de neuropathie cutanée antébrachiale médiale droite et d'anastomose de Martin-Grüber ainsi qu'un trouble de l'adaptation avec dépression en tant que comorbidité. Les médecins ont estimé que les plaintes de l'assuré pouvaient être mises en lien avec les lésions du genou et les atteintes neurologiques, toutefois, l'importance des limitations fonctionnelles ne pouvait pas être attribuée aux seuls éléments objectifs. La comorbidité psychiatrique jouait probablement un rôle dans la présentation et l'évolution de l'assuré. Les limitations fonctionnelles concernaient les activités nécessitant des descentes et des montées d'escaliers ou d'échelles très fréquentes, les positions à genoux et accroupies, le port répété de charges lourdes et les traumatismes et les vibrations au coude. La capacité de travail de l'assuré était de 60% dans l'activité de maçon dès le 28 avril 2003, capacité qui devrait être réévaluée dans quatre semaines.
5. En date du 14 avril 2003, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité de Genève (OAI), en raison d'atteintes au genou gauche, ainsi qu'à la main et au bras droits.
6. Dans un questionnaire du 13 mai 2003, le dernier employeur de l'assuré a déclaré que celui-ci travaillait depuis le 1<sup>er</sup> février 2000 en qualité de maçon et que son salaire mensuel était de 4'975 fr. dès le 1<sup>er</sup> janvier 2003.
7. Dans son rapport d'examen final du 16 avril 2004, le Dr A\_\_\_\_\_ a constaté que l'état était stabilisé et que l'assuré travaillait comme maçon à 60%, sans diminution de rendement, étant précisé que son activité avait été adaptée. Il ne

pouvait plus s'agenouiller, s'accroupir, monter et descendre fréquemment des échelles et des escaliers et porter des charges moyennes à lourdes. Dans le cadre d'une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles susmentionnées, le médecin a estimé que la capacité de travail était totale.

8. Dès le 1<sup>er</sup> juillet 2004, l'assuré a été engagé en qualité d'employé d'entretien à plein temps par son précédent employeur pour un revenu mensuel de 4'995 francs.
9. Sur ce, l'assureur-accidents a constaté, en date du 14 juillet 2004, que l'assuré ne subissait pas de perte de gain, de sorte que les conditions pour l'octroi d'une rente d'invalidité n'étaient pas réalisées.
10. L'assuré a été licencié pour le 30 septembre 2004, pour des raisons conjoncturelles.
11. Le 24 janvier 2006, l'OAI a rendu une décision par laquelle il a refusé à l'assuré le droit à une rente et à des mesures professionnelles, dans la mesure où son degré d'invalidité de 11% ne lui ouvrait pas de droit à des prestations.
12. Suite à l'opposition de l'assuré, l'OAI a sollicité des informations du Dr B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, lequel lui a transmis son courrier du 23 mars 2006 adressé à un physiothérapeute. Il en résultait que l'assuré présentait radiologiquement, au niveau du genou droit, une importante chondrocalcinose, ainsi qu'un début de gonarthrose, mais encore modérée, sans évidence de calcification de type chondrocalcinose. Il n'y avait pas de poussée inflammatoire actuellement. Il existait également des douleurs diffuses du genou gauche, essentiellement fémoro-patellaires. La physiothérapie était requise, afin de renforcer progressivement le quadriceps et de décharger la rotule.
13. Le Dr C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie de la main, a communiqué à l'OAI un courrier rédigé en date du 19 juin 2006, par lequel il a posé le diagnostic de déformation de l'auriculaire droit en maillet sur fracture, faisant référence à un traumatisme du 25 novembre 2005. Il a noté que l'assuré souffrait de trois pathologies bien distinctes. Il présentait une voussure importante sur le dos de l'articulation interphalangienne distale (IPD) et une mobilité réduite à 30% qui était douloureuse, douleur bien connue du nerf ulnaire. En ce qui concernait l'atteinte lésionnelle du nerf cubital, elle a été confirmée lors d'un examen électrodiagnostic du nerf ulnaire, sans pour autant qu'un enclavement dans les endroits classiques n'ait pu être décelé.
14. Par décision sur opposition du 17 août 2006, l'OAI a rejeté l'opposition de l'assuré à sa décision du 24 janvier 2006, estimant que sa capacité de travail était entière dans une activité adaptée.
15. En date du 29 janvier 2009, l'assuré a chuté en arrière en promenant ses chiens.
16. Dans un rapport du 24 mars 2009, le Dr D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurochirurgie, a essentiellement noté la présence d'une fracture tassement du mur antérieur de D12, pour laquelle il n'y avait plus grand-chose à faire. Selon lui, l'assuré, qui était maçon, ne retrouverait probablement plus jamais de travail.

17. L'assuré a effectué un stage d'observation du 1<sup>er</sup> avril au 1<sup>er</sup> mai 2009, à raison de 6 heures par jour, à l'Atelier de réadaptation préprofessionnelle des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG). Dans le rapport établi en date du 4 mai 2009, il a été confirmé que l'assuré était en mesure de travailler dans le marché économique primaire, dans une activité adaptée à ses limitations qui étaient en substance les suivantes : les positions prolongées, la montée et la descente d'escaliers, la position accroupie, les ports de charges et les activités demandant de la finesse.
18. En date du 15 novembre 2011, l'assuré a subi un nouvel accident, lors duquel il est tombé sur son poignet et son genou droits.
19. Dans son rapport du même jour, le Dr E\_\_\_\_\_, médecin auprès du Service d'orthopédie et de traumatologie de l'Hôpital Riviera, a retenu une fracture intra-articulaire peu déplacée styloïde radiale droite et une fracture de la rotule droite.
20. Dans son certificat du 22 décembre 2011, le Dr B\_\_\_\_\_ a attesté que l'évolution du genou était bonne, permettant de commencer la rééducation. Une incapacité de travail de huit à douze semaines devait être prévue dès l'accident du 15 novembre 2011, étant précisé que l'incapacité de travail restait médico-théorique dans la mesure où l'assuré n'exerçait pas d'activité lucrative.
21. En date du 22 mars 2012, l'assuré a déposé une seconde demande de prestations auprès de l'OAI en raison de douleurs des deux genoux et du bras droit.
22. Dans un rapport du 4 avril 2012, le Dr F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie de la main, a retenu un status cinq mois après une fracture de la styloïde radiale peu déplacée, traitée conservativement, suivie de douleurs résiduelles dans un contexte socio-professionnel chargé. Les douleurs étaient assez diffuses, un peu plus prononcées dans la région de la fracture et de l'espace scapho-lunaire. Elles lui semblaient surtout en relation avec la composante algodystrophique, même si celle-ci était fruste.
23. Dans son rapport du 18 mai 2012, le Dr G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et médecin traitant de l'assuré, a mentionné les atteintes suivantes : douleurs rhumatismales chroniques évolutives, gonalgies secondaires sur troubles dégénératifs, atrophie secondaire du quadriceps gauche, faiblesse et boiterie, hypoesthésie droite de D4 et D5, d'origine peu claire, sur atteinte lésionnelle du nerf cubital du coude droit, lombalgies chroniques accentuées par les positions et les efforts, chondrocalcinose du genou droit, accentuant ses douleurs, ainsi que douleurs résiduelles du genou et du poignet droits suite à la chute de novembre 2011. Il a estimé que tous les accidents subis par l'assuré, les complications et les séquelles qu'ils ont entraînés ont eu pour conséquence que celui-ci ne pouvait plus poursuivre ses activités de force.
24. En date du 21 mai 2012, le Dr H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie de la main, a informé l'OAI qu'en ce qui concernait l'atteinte de la main, l'assuré avait une pleine capacité de travail dans une activité sans ports de charges lourdes et sans gros efforts. Dans une activité manuelle intense, il pourrait toutefois persister une

incapacité de travail de 40% au maximum. Il a précisé que l'assuré était très revendicateur et qu'il avait une compliance très limitée.

25. Dans son rapport du 20 novembre 2012, le Dr H\_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de santé de l'assuré était stationnaire et que ses douleurs du membre supérieur droit avaient une influence sur sa capacité de travail. Il n'existait pas une bonne concordance entre les plaintes et l'examen clinique. Il a préconisé la mise en œuvre d'une expertise, afin de déterminer la capacité de travail tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, étant précisé que d'après lui, une capacité de travail existait.
26. Le 30 novembre 2012, le Dr G\_\_\_\_\_ a retenu que l'état de santé était stationnaire depuis mai 2012 et qu'il n'y a pas eu de changements dans les diagnostics. L'assuré ne travaillait plus à plein temps depuis plusieurs années et plus du tout depuis son dernier accident en 2011. Une reprise de travail n'était pas envisageable.
27. Par avis du 31 janvier 2013, le Dr I\_\_\_\_\_, médecin au Service médical régional AI (ci-après le SMR), a retenu que la capacité de travail de l'assuré était nulle dans l'ancienne activité de jardinier depuis l'accident du 25 novembre 2011, mais entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, lesquelles étaient les suivantes : port de charges lourdes, activité avec effort important, marche prolongée, station debout et travail en porte-à-faux du tronc.
28. Selon la comparaison des revenus effectuée le 21 février 2013, le degré d'invalidité de l'assuré était de 26,8%. Le revenu sans invalidité a été déterminé en se fondant sur les déclarations du dernier employeur de l'assuré, pour lequel il avait travaillé en qualité de maçon, et le revenu d'invalidité sur le tableau TA1 de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après l'ESS), étant précisé qu'un abattement de 15% a été retenu pour tenir compte de son âge et de ses limitations fonctionnelles.
29. En date du 8 avril 2013, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision de refus de rente et de mesures professionnelles, celles-ci n'étaient pas de nature à réduire le dommage.
30. Par décision du 21 mai 2013, l'OAI a confirmé son projet de décision.
31. Le 14 juin 2013, l'assuré interjette recours contre ladite décision, sollicitant l'octroi d'une rente entière d'invalidité, estimant être en totale incapacité de travail dans toutes les activités lucratives. Il est toutefois disposé à entreprendre des mesures de réadaptation. Le Dr G\_\_\_\_\_ partageait son appréciation et le Dr H\_\_\_\_\_ avait estimé qu'une expertise était nécessaire, afin d'apprécier sa capacité de travail, compte tenu des nouvelles atteintes dont il souffrait. Il conteste également les éléments sur lesquels se fonde le calcul du degré d'invalidité, singulièrement son revenu d'invalidité.

32. Par attestation du 18 juillet 2013, le Dr G \_\_\_\_\_ propose en substance qu'une nouvelle expertise soit mise en œuvre, afin de régler la situation complexe de l'assuré, qui avait subi de nombreux accidents suivis de complications.
33. Invité à se prononcer, l'intimé conclut, en date du 4 septembre 2013, au rejet du recours. Il considère que les médecins traitants du recourant n'apportaient pas d'éléments médicaux objectifs justifiant une incapacité totale de travail dans une activité adaptée. En effet, le Dr D \_\_\_\_\_ ne s'est pas déterminé sur l'exercice d'une activité adaptée, le Dr B \_\_\_\_\_ a uniquement attesté d'une incapacité de travail de durée déterminée, le Dr G \_\_\_\_\_ ne s'est jamais prononcé sur la capacité de travail dans une activité adaptée et enfin, le Dr H \_\_\_\_\_ a attesté d'une capacité de travail de 40% dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles en mai 2012, indiquant subséquemment – en novembre 2012 – que l'état de santé était stationnaire. L'OAI estime au vu des conclusions du Dr H \_\_\_\_\_, qu'une expertise ne se justifie pas.
34. En date du 30 septembre 2013, le recourant soutient qu'il y a lieu de se fonder sur l'appréciation du Dr G \_\_\_\_\_, selon lequel il ne peut pas exercer une activité à plein temps. Par ailleurs, le Dr H \_\_\_\_\_ ne souhaite pas se prononcer sur sa possibilité d'exercer une activité adaptée à 100%, de sorte qu'il convient de lui proposer une nouvelle activité adaptée à ses possibilités.
35. Par courrier du 25 octobre 2013, l'intimé persiste dans ses conclusions. Il relève que dans la mesure où il existe un éventail suffisamment large d'activités légères, dont un nombre significatif sont adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans limitations particulières, il n'existe pas d'obstacles à l'exercice d'un emploi adapté à ses atteintes à la santé.
36. Sur ce, 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; RS E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> 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. Interjeté dans les formes et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA).
3. Le litige porte sur la question de savoir si l'état de santé du recourant s'est aggravé depuis la décision sur opposition du 17 août 2006, au point de lui ouvrir le droit aux prestations de l'assurance-invalidité.

4. L'art. 17 al. 1er 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. Lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité ou l'étendue des besoins de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 RAI, dans sa teneur en vigueur dès le 1<sup>er</sup> mars 2004). Il en va de même lorsqu'une rente ou une allocation pour impotent a été refusée en raison d'un degré d'invalidité insuffisant ou de l'absence d'impotence et que l'assuré dépose une nouvelle demande (art. 87 al. 3 RAI). Cette exigence, applicable par analogie également aux prestations de réadaptation (cf. ATF non publié du 14 novembre 2008, 9C\_413/2008, consid. 1.2 ; ATF 109 V 119), doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 125 V 412 consid. 2b, 117 V 200 consid. 4b et les références).

Quand l'administration entre en matière sur la demande de révision, elle doit examiner l'affaire au fond, et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Si elle constate que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis la décision précédente, passée en force, elle rejette la demande. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (voir ATF 117 V 198 consid. 3a et la référence).

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'art. 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). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 371 consid. 2b et 387 consid. 1b).

Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4, ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

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 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<sup>er</sup> janvier 2008).

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; ATFA non publié I 786/04 du 19 janvier 2006, consid. 3.1).

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 (ATFA non publié I 654/00 du 9 avril 2001, consid. 1).

6. a) 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.
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 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 125 V 351 consid. 3).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b; SVR 2006 IV n° 10 p. 39).

c. 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).

---

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

8. a. En l'espèce, les parties s'accordent sur le fait que le recourant présente, depuis le mois de novembre 2011, une capacité de travail nulle dans son activité antérieure de maçon ou de jardinier. En revanche, l'OAI estime que sa capacité de travail est entière depuis novembre 2011 dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, en se fondant sur les différents rapports des médecins ayant examiné le recourant, ce que celui-ci conteste.

b. La Cour de céans constate à titre préalable que le recourant a subi plusieurs accidents depuis l'année 2002 et notamment, après la décision sur opposition du 17 août 2006, deux nouveaux accidents en date des 29 janvier 2009 et 15 novembre 2011.

Il résulte des documents au dossier antérieurs à l'accident du 15 novembre 2011 que le recourant était en mesure de travailler dès juillet 2004 à plein temps dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles, lesquelles concernaient essentiellement la montée et la descente d'escaliers, la position accroupie et les ports de charges. Cette capacité de travail a été confirmée lors d'un stage d'observation professionnelle en avril 2009, lequel a également permis de mettre en exergue que les activités en position prolongée et demandant de la finesse n'étaient pas exigibles.

c. Lors du dernier accident du recourant intervenu en date du 15 novembre 2011, celui-ci a subi une fracture intra-articulaire peu déplacée styloïde radiale droite et une fracture de la rotule droite.

En ce qui concerne l'atteinte au genou, le Dr B\_\_\_\_\_ a constaté, le 22 décembre 2011, une bonne évolution du genou, qui permettait de commencer la rééducation. Une incapacité de travail de huit à douze semaines devait être prévue dès l'accident du 15 novembre 2011, soit jusqu'au 8 mars 2012 au plus tard.

Pour ce qui est des conséquences des atteintes du recourant à sa main droite, le Dr H\_\_\_\_\_ a conclu en mai 2012, que la capacité de travail de celui-ci était de 100% dans une activité sans port de charges lourdes et sans gros effort, alors que dans une activité manuelle intense, une incapacité de travail de 40% au maximum pouvait persister. Le fait qu'il a indiqué quelques mois plus tard, soit en novembre 2012, qu'une expertise était nécessaire pour déterminer la capacité de travail dans

une activité adaptée, sans plus amples explications, n'est pas suffisant pour ne pas retenir ses précédentes conclusions, ce d'autant moins qu'il a déclaré que l'état de santé du recourant était resté stationnaire depuis le mois de mai 2012 et qu'une capacité de travail existait.

Eu égard aux rapports de ces deux spécialistes, le médecin du SMR a estimé, en janvier 2013, que le recourant présentait, dès novembre 2011, une entière capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, lesquelles concernaient le port de charges lourdes, les activités avec un effort important, la marche prolongée, la station debout et le travail en porte-à faux du tronc.

Quant au Dr G\_\_\_\_\_, il a fait l'énumération, en mai 2012, de tous les accidents subis par le recourant depuis 2002 et semble retenir que seules des douleurs résiduelles du genou et du poignet droits persistaient suite à l'accident de novembre 2011. De plus, il a estimé que le recourant ne pouvait plus poursuivre ses activités de force, ce qui confirme les conclusions du Dr I\_\_\_\_\_, étant précisé que le Dr G\_\_\_\_\_ ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. En novembre 2012, il a précisé que l'état de santé était stationnaire depuis mai 2012, tout comme le Dr H\_\_\_\_\_.

d. Compte tenu des divers rapports et avis précités, la Cour de céans est d'avis que les rapports des deux spécialistes – B\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_ – permettent d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante prévue par la jurisprudence, que le recourant présente une entière capacité de travail dans une activité lucrative adaptée à ses limitations fonctionnelles au plus tard dès le mois de mai 2012 (rapport du Dr H\_\_\_\_\_). Les rapports du Dr G\_\_\_\_\_, qui est le médecin traitant du recourant, ne permettent pas de remettre en cause les conclusions des deux spécialistes, en raison du peu de clarté de ses rapports et dans la mesure notamment où il ne se prononce pas spécifiquement sur la capacité de travail dans une activité adaptée. Qui plus est, les limitations fonctionnelles relevées par les médecins sont du même ordre que celles déterminées précédemment par le rapport d'observation professionnelle de mai 2009, ce qui permet également de confirmer la pleine capacité de travail du recourant dans une activité adaptée.

Enfin, au vu des rapports de spécialistes au dossier, il n'y a pas lieu de procéder à une instruction complémentaire telle que requise par le recourant, soit notamment la mise en œuvre d'une expertise.

Il résulte de ce qui précède que l'état de santé du recourant s'est certes aggravé suite aux nouveaux accidents, mais que cette aggravation n'a pas d'incidence sur la capacité de travail dans une activité adaptée, cette capacité restant toujours à 100%. Partant, il n'y a pas lieu de réviser la dernière décision du 17 août 2006, dès lors que déjà à l'époque le recourant n'avait une capacité de travail que dans une

activité adaptée et que ses limitations fonctionnelles étaient pour l'essentiel identiques à celles d'aujourd'hui.

9. Cela étant, le recours sera rejeté.
10. Le recourant étant à la charge de l'Hospice général, la Chambre de céans renonce à percevoir un émolument de justice.

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

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

La greffière

La présidente

Diana ZIERI

Maya CRAMER

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