



POUVOIR JUDICIAIRE

A/307/2017

ATAS/212/2020

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 11 mars 2020**

**4<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié c/o Monsieur B\_\_\_\_\_, à PERLY,  
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Pierre  
GABUS

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Christine LUZZATTO et Larissa  
ROBINSON-MOSER, Juges assesseurs**

---

### EN FAIT

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le \_\_\_\_\_ 1961, de nationalité portugaise, s'est installé seul à Genève en 2011, son épouse et leurs deux enfants étant restés au Portugal. Il a travaillé dès le 12 avril 2011 pour l'entreprise C\_\_\_\_\_ SA (ci-après : l'employeur) en qualité de maçon. À ce titre, il était assuré contre le risque d'accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA).
2. Le 14 juin 2012, l'assuré a chuté sur un chantier et s'est réceptionné sur les deux poignets en extension. Il a été conduit aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : les HUG) où ont été posés les diagnostics de fracture de l'extrémité distale du radius gauche associée à une fracture de la styloïde ulnaire gauche, de fracture de l'extrémité distale du radius droit associée à une fracture de la styloïde ulnaire et de fracture du versant dorsal de l'os pyramidal à gauche. L'assuré a ensuite séjourné au département de chirurgie des HUG du 18 au 21 juin 2012 et une ostéosynthèse bilatérale des poignets a été réalisée le 19 juin 2012. L'incapacité de travail a été totale dès le jour du sinistre (cf. compte-rendu opératoire du 20 juin 2012 et lettres de sortie des HUG des 26 et 28 juin 2012).
3. Le 25 février 2013, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé), qui a pris en charge un cours de français intensif pour débutant.
4. À teneur de son curriculum vitae, il a travaillé comme contremaître-maçon, de 1984 à 2008 au Portugal et en 2008-2009 en Angola, avant de venir en Suisse en 2011, où il a travaillé en 2011-2012 pour C\_\_\_\_\_, temporaire. L'assuré précisait avoir un grand intérêt pour les nouvelles technologies et entreprendre avec facilité toute activité.
5. Le 28 mai 2013, l'ablation du matériel d'ostéosynthèse des deux poignets a été réalisée aux HUG. Les suites opératoires ont été simples et l'assuré a pu quitter les HUG avec des attelles amovibles. L'incapacité de travail était totale et à réévaluer deux semaines plus tard (cf. rapport opératoire du 28 mai 2013 et lettre de sortie des HUG du 30 mai 2013).
6. Par rapport du 29 juillet 2013, le docteur D\_\_\_\_\_, médecin interne au département de chirurgie des HUG, a relevé que l'évolution était lentement favorable, que le traitement consistait en de la physiothérapie et que l'assuré manquait de force et d'amplitudes. L'incapacité de travail demeurait entière.
7. Dans un rapport du 25 octobre 2013, le docteur E\_\_\_\_\_, médecin interne aux HUG, a indiqué que l'évolution était lentement favorable et signalé une algodystrophie des deux poignets. Une reprise du travail n'était en l'état pas possible et devrait être évaluée neuf à douze mois après l'opération, selon l'évolution.

8. Selon les indications communiquées par l'employeur, l'assuré travaillait 45 heures par semaine et avait droit à un salaire horaire de CHF 28.80 en 2012, ainsi qu'à 8,3% à titre de 13<sup>ème</sup> salaire et 10,60% à titre de vacances. Pour 2013, le salaire horaire était augmenté à CHF 28.95 et le droit aux vacances à 13%. Pour 2014, le salaire était porté à CHF 29.05 (cf. questionnaires des 12 décembre 2013 et 29 janvier 2014).
9. Par rapport du 11 mars 2014, le docteur F\_\_\_\_\_, chef de clinique au département de chirurgie des HUG, a indiqué que l'assuré se plaignait de douleurs mécaniques inflammatoires des deux poignets, évaluées à 9/10, avec des douleurs plus importantes à droite. Il présentait une arthrose radiocarpienne post-traumatique bilatérale pour laquelle un traitement chirurgical était proposé. Dans un premier temps, une dénervation au poignet droit était suggérée puis, dans un deuxième temps, une ostéotomie de raccourcissement de l'ulna au poignet gauche.
10. Le 19 mars 2014, le docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin-conseil de la SUVA, a rendu un rapport suite à son examen médical réalisé la veille. L'assuré souffrait probablement d'une maladie de Dupuytren bilatérale en voie évolutive. La situation ne pouvait pas être considérée comme stabilisée et la chirurgie envisagée devait être prise en charge par la SUVA s'agissant de la dénervation. En revanche, la proposition d'ostéotomie de raccourcissement du côté gauche relevait d'une anomalie constitutionnelle, déjà présente au moment du sinistre. Une reprise de l'activité de maçon semblait peu probable vu les lésions au niveau articulaire des poignets. Il était souhaitable que l'assuré évite le port de charges supérieures à 10 kg, l'utilisation d'outils vibratoires ou de perçage, les mouvements répétitifs des poignets et ceux nécessitant une force de serrage. Dans un travail adapté tenant compte de ces restrictions, l'assuré pourrait travailler à temps complet dès la stabilisation de son cas. Une réévaluation devrait être réalisée trois mois après l'intervention, soit au mois d'août 2014.
11. Le 6 mai 2014, une dénervation du poignet droit a été réalisée suite à une arthrose radio-carpienne post-traumatique. Les suites opératoires ont été simples et l'assuré a quitté les HUG avec un plâtre le lendemain. L'incapacité de travail était totale et à réévaluer après un mois (cf. compte-rendu opératoire du 6 mai 2014 et lettre de sortie des HUG du 16 mai 2014).
12. Par rapport du 1<sup>er</sup> juillet 2014, le docteur H\_\_\_\_\_, médecin interne au département de chirurgie des HUG, a considéré que l'assuré pourrait reprendre une activité professionnelle à 100% dès le 3 août 2014, avec une diminution de la mobilité du poignet à craindre.
13. Dans un certificat médical du 14 juillet 2014, ce médecin a prolongé l'incapacité totale de travail de l'assuré jusqu'au 15 septembre 2014.
14. Dans une appréciation du 4 septembre 2014, le Dr G\_\_\_\_\_ a considéré que le cas était maintenant suffisamment stabilisé et que la reprise du travail, prononcée par le

---

médecin traitant pour le début du mois d'août 2014, témoignait de la bonne évolution de la chirurgie pratiquée au mois de mai 2014.

15. Le 17 septembre 2014, le Dr H\_\_\_\_\_ a indiqué au médecin-conseil de la SUVA que l'assuré présentait une arthrose post-traumatique de ses deux poignets, que les résultats de l'opération du poignet droit étaient moyens et que l'assuré était toujours dans l'attente d'une chirurgie du poignet gauche. Aucune reprise d'activité professionnelle n'était en l'état possible. Il priait le médecin-conseil de convoquer l'assuré pour une évaluation de ses deux poignets, faire un bilan complet et d'évaluer si une intervention au niveau du poignet gauche était justifiée.
16. Le 19 septembre 2014, la SUVA a informé l'assuré qu'elle mettrait un terme au versement de l'indemnité journalière au 31 octobre 2014 et lui a confirmé qu'elle ne prendrait pas en charge les troubles du poignet gauche, qui étaient de nature malade.
17. Le 5 novembre 2014, l'assuré a contesté l'origine malade de ses lésions au niveau du poignet gauche et toute stabilisation de son état de santé. Il a prié la SUVA d'instruire complètement son dossier en sollicitant notamment l'avis du Dr G\_\_\_\_\_ et, si nécessaire, celui des HUG.
18. Selon un avis médical établi par le docteur L\_\_\_\_\_, médecin SMR, le 4 décembre 2014, la capacité de travail de l'assuré dans l'activité habituelle était nulle. Le port de charges supérieures à 10 kg, utilisation d'outils vibratoires et de perçage n'était pas conseillé, de même que les mouvements répétitifs et ceux nécessitant une force de serrage. Dès la date de stabilisation, l'activité dans une activité adaptée était pleine. Une réévaluation par le Dr G\_\_\_\_\_ d'octobre 2014 indiquait que le diagnostic était une arthrose radio-carpienne à droite. Il fallait demander au service orthopédique des HUG la date de retour de l'assuré à une capacité de travail.
19. Selon un rapport établi le 8 décembre 2014 par le SMR, signé par le docteur P\_\_\_\_\_ et le Dr L\_\_\_\_\_, « l'activité » (sic) dans une activité adaptée était pleine à compter du 3 août 2014. Ce rapport se référait notamment à ceux établis en mars et octobre 2014 par le Dr G\_\_\_\_\_.
20. Par décision du 16 avril 2015, la SUVA a alloué à l'assuré une rente d'invalidité de 21% dès le 1<sup>er</sup> novembre 2014 et une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 12%.
21. Le 15 mai 2015, l'assuré a formé opposition à la décision précitée.
22. Le 26 mai 2015, le Dr H\_\_\_\_\_ a attesté d'une totale incapacité de travail de l'assuré du 1<sup>er</sup> janvier au 30 juin 2015.
23. Par rapport du 28 mai 2015, le Dr H\_\_\_\_\_ a rappelé que la dénervation du poignet droit n'avait engendré que des résultats moyens. L'évaluation demandée en septembre 2014 au médecin de la SUVA quant à une dénervation du poignet gauche n'avait toujours pas eu lieu. Depuis septembre 2014, les douleurs étaient stables au niveau des deux poignets. Elles empêchaient l'assuré de reprendre une activité professionnelle et le gênaient dans la vie quotidienne.

24. Le 30 juin 2015, le Dr H\_\_\_\_\_ a écrit au médecin-conseil de la SUVA que les douleurs étaient prédominantes à droite. Compte tenu de la franche arthrose radio-carpienne, une intervention de type arthrodèse radio-scapho-lunaire et une résection de la tête de l'ulna pour supprimer un conflit ulnocarpien avaient été proposées à l'assuré. La reprise de l'activité antérieure après l'opération suggérée ne pouvait absolument pas être garantie et il avait été expliqué à l'assuré qu'une telle intervention avait pour but de diminuer les douleurs, mais qu'il perdrait en mobilité.
25. Le 13 octobre 2015, le Dr G\_\_\_\_\_ a rendu un rapport suite à un nouvel examen de l'assuré, concluant que pour évaluer les capacités fonctionnelles de l'assuré, un séjour à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR) semblait nécessaire.
26. Du 27 octobre au 17 novembre 2015, l'assuré a séjourné à la CRR. Dans leur rapport du 8 décembre 2015, les docteurs I\_\_\_\_\_, chef de clinique, et J\_\_\_\_\_, médecin-assistant, ont notamment relevé qu'aux ateliers professionnels, une évaluation de deux heures dans des activités très légères de tri de pièces avait été interrompue en raison des douleurs. La situation n'était pas complètement stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles. L'assuré devait revoir son chirurgien afin de discuter l'indication chirurgicale à une neurolyse du nerf médian au canal carpien des deux côtés. Il n'y avait pas à en attendre de gain fonctionnel marqué au vu des attentes de l'assuré, mais ces interventions pourraient améliorer sa qualité de vie. À terme, il demeurerait limité pour les activités nécessitant des mouvements répétitifs des poignets en flexion-extension ou en inclinaison radio-ulnaire et pour le port répété de charges de plus de 5 kg. Le pronostic de réinsertion dans l'activité de maçon était défavorable pour des facteurs médicaux et non-médicaux énoncés, étant relevé que l'assuré ne se voyait pas reprendre une quelconque activité et restait dans l'attente d'une solution assécurologique.
27. Par projet de décision du 19 février 2016, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité pour la période du 1<sup>er</sup> août 2013 au 31 octobre 2014.
28. Par rapport du 22 février 2016, le docteur K\_\_\_\_\_, médecin chef de clinique au département de chirurgie des HUG, a indiqué à la SUVA que les investigations pratiquées avaient permis de conclure à la destruction de l'articulation radio-ulnaire distale, à une arthrose radio-scapho-ulnaire du poignet droit. Le traitement entrepris consistait en une immobilisation dans une attelle et en une proposition d'arthrodèse. L'activité de maçon n'était plus possible et un changement de profession était nécessaire.
29. Le 29 février 2016, l'assuré a formé opposition au projet de décision du 19 février 2016.
30. Dans un avis médical du 17 mai 2016, le Dr L\_\_\_\_\_ a mentionné qu'il n'apparaissait pas, en l'état actuel, sur la base des documents fournis, de modification de l'état de santé par rapport à décembre 2014 (rapport final SMR), par conséquent, les précédentes conclusions du SMR étaient valables.

31. Le 31 mai 2016, le Dr K\_\_\_\_\_ a indiqué avoir proposé à l'assuré une arthrodèse radio-scapho-ulnarienne et une procédure de Darrach afin de traiter l'arthrose radio-ulnaire distale. Un essai par plâtre avait été effectué durant 15 jours afin de donner une idée au patient de la probable mobilité après cette intervention prévue en août 2015. Après ce test d'immobilisation par attelle plâtrée, l'assuré avait clairement indiqué qu'il préférerait une attitude expectative malgré les douleurs. L'assuré avait été revu en mars et en mai 2016, sans évolution par rapport au status algique. Vu l'attente irréaliste de l'assuré qui demandait une garantie de résultat opératoire, à savoir une amélioration de la mobilité, de la force et des douleurs, l'indication opératoire ne pouvait pas être retenue.

32. Le 8 juin 2016, la SUVA a informé l'assuré qu'elle mettrait un terme au versement des indemnités journalières au 30 juin 2016 et examinerait son droit à une rente dès le 1<sup>er</sup> juillet 2016 puisque la situation était stabilisée.

Dans un rapport du 23 août 2016, le Dr L\_\_\_\_\_, du SMR, a mentionné que la capacité de travail de l'assuré dans un poste adapté demeurait entière comme l'avait retenu le rapport du SMR du 8 décembre 2014, sur la base des rapports du Dr G\_\_\_\_\_ (4 septembre 2014). L'assuré avait fait valoir son droit d'audition. À la lecture des nouvelles pièces du dossier, aucune modification de l'état de santé de l'assuré n'était relatée. La capacité de travail demeurait nulle dans l'activité habituelle, qu'il y ait intervention ou non (arthrodèse radio-scapho-ulnaire jusqu'à présent refusée par l'assuré). Aucun argument ne permettait de se prononcer en faveur d'une baisse de rendement dans un poste adapté. Ainsi, les conclusions du SMR de décembre 2014 restaient valables.

33. Par décision du 16 septembre 2016, la SUVA a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité de 19% et une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10%.

34. Dans un rapport non daté, reçu par la SUVA le 23 septembre 2016, le Dr M\_\_\_\_\_ a indiqué avoir à nouveau été consulté par l'assuré, qui s'interrogeait sur la justification d'une nouvelle opération. Il avait expliqué au patient qu'il fallait faire des choix : si la douleur était au premier plan, une arthrodèse du poignet pourrait se justifier au détriment de la mobilité; en revanche, si le fait d'avoir une perte de la mobilité était au premier plan, il valait mieux ne pas se faire à nouveau opérer.

35. Le 11 octobre 2016, l'assuré a formé opposition à la décision de la SUVA du 16 septembre 2016.

36. Par décision sur opposition du 7 novembre 2016, la SUVA a confirmé sa décision du 16 septembre 2016.

37. Le 7 décembre 2016, l'assuré a recouru contre la décision précitée concluant à l'octroi une rente de 50% au minimum dès le 1<sup>er</sup> juillet 2016 et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité d'au minimum 50%.

38. Par décision du 13 décembre 2016, l'OAI a informé l'assuré qu'il ressortait des pièces en sa possession que sa capacité de travail avait été considérablement

restreinte à partir du 14 juin 2012. Son statut était celui d'une personne active. Le SMR avait fixé le début de l'incapacité de travail au 14 juin 2012 avec une exigibilité médicale nulle dans toute activité. Toutefois, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, la capacité de travail raisonnablement exigible était de 100% dès le 1<sup>er</sup> août 2014. À la fin du délai d'attente d'un an, soit le 14 juin 2013, l'assuré présentait une incapacité de travail totale dans toute activité. Dès lors, son incapacité de gain se confondait avec son degré d'invalidité, soit 100%. À compter du 1<sup>er</sup> août 2014, l'assuré avait retrouvé une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Afin de déterminer si, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, il subissait une perte de gain, l'OAI avait procédé à une comparaison des revenus avec et sans invalidité, qui déterminaient le degré d'invalidité. Pour déterminer le revenu sans invalidité, il y avait lieu de se fonder sur l'extrait du compte individuel indiquant les revenus perçus. En 2011, il était déclaré un revenu de CHF 56'791.- pour une durée de neuf mois (avril à décembre 2011), lequel avait été ramené proportionnellement à 13 mois pour obtenir le revenu annuel de CHF 67'587.-. Indexé selon l'indice suisse nominal des salaires 2013, le salaire était porté à CHF 68'729.-.

Le revenu avec invalidité avait été fixé en se référant au tableau TA1, tous secteurs confondus (total) de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS), qui indiquait qu'un homme travaillant dans une activité de niveau 1 (activité simple et répétitive) pouvait réaliser un salaire annuel brut de CHF 65'554.-. En raison des limitations fonctionnelles, une réduction supplémentaire de 10% était accordée, ce qui ramenait le salaire annuel brut à CHF 59'088.-. La comparaison des revenus avec et sans invalidité donnait une perte économique de 14%. Après une période d'amélioration de la capacité de gain de trois mois, soit dès le 1<sup>er</sup> novembre 2014, le droit à la rente d'invalidité s'éteignait. Un degré d'invalidité inférieure à 40% n'ouvrait plus le droit à une rente d'invalidité ni à des mesures professionnelles. En conclusion, l'assuré avait droit à une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> août 2013 au 31 octobre 2014.

39. L'assuré a formé recours contre la décision de l'OAI auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice le 26 janvier 2017. Il concluait à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> novembre 2014. Il résultait des rapports médicaux qu'il n'était pas en mesure d'exercer une quelconque activité, même adaptée, depuis son accident, en raison d'importantes limitations fonctionnelles. Il n'était, notamment, pas capable d'exercer plus de deux heures de travail dans des activités très légères de tri, qu'il devait finalement interrompre en raison de douleurs. Il ne pouvait pas exercer d'activité nécessitant des mouvements répétitifs des poignets en flexion-extension ou inclinaisons radio-ulnaire et ne pouvait pas porter de charges. Le rapport de la CRR concluait que le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée était défavorable, compte tenu des limitations fonctionnelles. Par conséquent, aucune activité adaptée n'était exigible de sa part et il avait droit à une rente entière de l'assurance invalidité. C'était d'ailleurs ce

---

qu'avait admis l'OAI en lui octroyant une rente du 1<sup>er</sup> août 2013 au 31 octobre 2014. Aucun élément du dossier n'attestait d'une amélioration à compter du 1<sup>er</sup> novembre 2014 lui permettant d'exercer une activité. Par ailleurs, le revenu avec invalidité retenu était erroné. L'OAI ne pouvait pas se fonder sur le tableau TA1, tous secteurs confondus. Il devait établir précisément quelle activité concrète, il serait en mesure d'exercer. Le revenu statistique retenu par l'intimé était trop élevé et ne correspondait à aucune réalité. L'abattement de 10% était trop faible, vu ses limitations, son âge (55 ans), sa nationalité portugaise ainsi que son manque de formation et de maîtrise de la langue française. L'OAI aurait dû prendre en compte un taux d'abattement de 25% sur le salaire statistique.

40. Par réponse du 21 février 2017, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il s'était essentiellement fondé sur le rapport établi par la CRR le 8 décembre 2015. Dans la mesure où l'incapacité de travail du recourant était due exclusivement aux suites de l'accident survenu le 14 juin 2012, il n'y avait aucun motif de faire diligenter une autre expertise orthopédique. Le rapport d'expertise était probant. Il était manifeste que nombre d'activités professionnelles légères étaient encore accessibles au recourant. Dans cette mesure, le recours aux salaires statistiques était parfaitement justifié. Aucun élément ne justifiait de prendre un abattement de plus de 10%. Son âge de 52 ans au moment déterminant ne justifiait pas d'être pris en compte à ce titre. Le manque de maîtrise de la langue française n'avait pas empêché l'assuré de trouver du travail dès son arrivée en Suisse. S'agissant de ses limitations fonctionnelles, elles ne pouvaient pas être qualifiées d'importantes, puisque toute activité sérielle légère était encore possible.
41. Par ordonnance du 20 octobre 2017, la chambre de céans a suspendu l'instance jusqu'à droit connu dans la procédure A/4199/2016-LAA.
42. Par ordonnance du 20 octobre 2017 (ATAS/931/2017), rendue dans le cadre de la procédure A/4199/2016-LAA, la chambre de céans a confié une expertise au docteur N\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et en chirurgie de la main, considérant notamment que les rapports du Dr G\_\_\_\_\_ et la CRR étaient dénués de valeur probante.
43. Selon le rapport d'expertise établi le 9 mai 2018 par le docteur O\_\_\_\_\_, médecin-assistant, sous la supervision du Dr N\_\_\_\_\_, celui-ci était fondé sur un examen du recourant du 9 février 2018, en présence d'un traducteur certifié, l'étude de son dossier et le complément radiologique demandé aux HUG.

Les experts ont résumé les thérapies mises en place, l'anamnèse, l'imagerie, les plaintes du recourant et les résultats de l'examen clinique.

Les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail étaient, en 2018, une neuropathie du nerf médian au canal carpien sensitivomotrice axonomyélinique bilatérale; une arthrose radio-scapho-lunaire à droite; une arthrose radio-ulnaire distale à droite; une arthrose radio-scaphoïdienne à gauche; une arthrose radio-ulnaire distale à gauche ainsi qu'une possible arthrose trapézo-métacarpienne droite

et une arthrose STT (qui devrait être réévaluée après une cure de syndrome du tunnel carpien des deux côtés).

L'arthrose radio-scaphoïdienne puis radio-scapho-lunaire à droite, l'arthrose radio-ulnaire distale à droite, l'arthrose radio-scaphoïdienne à gauche et l'arthrose radio-ulnaire distale à gauche progressaient légèrement avec diminution de la mobilité.

Les atteintes à la santé étaient objectivables. Les douleurs décrites étaient diffuses remontant dans l'avant-bras jusqu'à la fosse cubitale à droite. Les douleurs et l'intensité décrites ne pouvaient pas être entièrement expliquées par les constatations cliniques. Le recourant décrivait lui-même que, depuis l'accident, il avait peur de chuter à nouveau. Il présentait une appréhension lorsqu'il effectuait des mouvements avec les mains et adoptait un comportement antalgique et des positions vicieuses de tout le membre supérieur avec des autolimitations empêchant la bonne fonction d'une articulation.

Une neurolyse du nerf médian au niveau du canal carpien des deux côtés devrait être proposée. Après une telle intervention, il était probable que l'assuré ne présenterait plus de paresthésie dans les mains et que les mouvements répétitifs avec les mains sans port de charges seraient mieux tolérés. Concernant la mobilité des poignets, aucune prise en charge ne permettrait d'augmenter les amplitudes articulaires actuelles sans engendrer de douleurs. Une intervention au niveau de l'articulation radio-ulnaire distale pourrait diminuer les douleurs du patient lors de la pro-supination et augmenter légèrement les amplitudes de pronation à droite et de supination à gauche tout en ayant comme risque une diminution de la stabilité et à long terme une perte de mobilité. L'expertisé présenterait une persistance de douleurs en flexion et extension des poignets. Une arthrodèse radio-scapho-lunaire ne semblait pas être adaptée aux attentes de l'assuré, à savoir une amélioration de la mobilité. Au vu de l'échec de la dénervation du poignet droit, l'assuré était réticent quant à une nouvelle chirurgie.

L'expertisé présentait une capacité de travail nulle depuis le 14 juin 2012 dans son activité habituelle de maçon. Une reconversion professionnelle était nécessaire, car l'expertisé ne pouvait plus reprendre l'activité de maçon. Une activité adaptée était raisonnablement exigible. Il convenait toutefois de procéder d'abord à une neurolyse du nerf médian des deux côtés avant d'évaluer la capacité de travail.

44. Dans un rapport complémentaire du 10 décembre 2018, le Dr N\_\_\_\_\_ a notamment précisé qu'en admettant que la situation médicale du recourant était stabilisée au 30 juin 2016, dans la mesure où ce dernier était réticent à une nouvelle opération, une activité lucrative (industrielle légère) adaptée aux limitations fonctionnelles – décrites dans le rapport d'expertise qui demeuraient d'actualité – était raisonnablement exigible à plein temps, sans baisse de rendement. Étant donné que la neurolyse n'avait pas été réalisée, il fallait encore tenir compte du syndrome de tunnel carpien qui entraînait une diminution de la sensibilité sur le pouce, l'index

---

et le 3<sup>ème</sup> doigt des deux côtés. L'arthrose radio-ulnaire distale à droite et à gauche était moyenne.

45. Par ordonnance du 1<sup>er</sup> novembre 2019, la chambre de céans a ordonné l'apport à la présente procédure de l'expertise et de son complément établis par les Drs O \_\_\_\_\_ et N\_\_\_\_\_.
46. Par arrêt du 3 juillet 2019, la chambre de céans a pris acte du retrait du recours formé par le recourant contre la décision sur opposition rendue par la SUVA le 7 novembre 2016 et de l'accord de la SUVA de verser à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité fondée sur un taux de 32,5%.
47. Dans ses observations du 21 novembre 2019 sur les rapports des experts, l'intimé a conclu au maintien de la décision entreprise, en se fondant sur un avis établi par le SMR le 21 novembre 2019. Celui-ci considérait que l'expert s'était appuyé sur des éléments objectifs pour apporter ses conclusions et qu'il fallait retenir qu'une activité adaptée était exigible en plein, en respectant les limitations fonctionnelles d'épargne des poignets, en rajoutant la limitation fonctionnelle d'épargne de la pince pouce-index, en raison du syndrome du tunnel carpien, qui n'avait pas été retenue en 2017. Une neurolyse bilatérale du nerf médian au canal carpien améliorerait la symptomatologie et la mobilité, mais pas la capacité de travail, qui était déjà entière. Elle n'était ainsi pas exigible pour l'assurance-invalidité.
48. Dans une détermination du 16 décembre 2019, le recourant a constaté que l'expertise et son complément avaient été rédigés dans le cadre de la procédure liée à l'assurance-accident et non à l'assurance-invalidité. Le complément ne portait que sur le taux de son atteinte à l'intégrité, qui n'avait pas d'influence direct sur le taux d'invalidité. L'expertise du Dr N\_\_\_\_\_ était lacunaire. L'expert concluait à une incapacité de travail durable de travail sans en préciser le taux. Il soulignait que son état n'était pas stabilisé et qu'il convenait de procéder à une neurolyse des nerfs médians aux tunnels carpiens. Or, cette opération n'avait pas été exécutée à ce jour. Il fallait en conséquence constater qu'il était totalement incapable de travailler et qu'il avait droit à une rente entière d'invalidité. Le recourant sollicitait l'audition des parties et persistait dans ses conclusions du 27 janvier 2017.

Il se référait également aux observations faites le 8 juin 2018, dans le cadre de la procédure LAA, dans lesquelles il avait fait valoir que le rapport d'expertise judiciaire répétait les éléments du dossier et ne contenait aucune analyse proprement dite. Le Dr N\_\_\_\_\_ ne posait pas son propre diagnostic et réitérait ceux qui avaient d'ores et déjà été posés. Le recourant n'avait jamais refusé de subir une neurolyse des nerfs médians aux tunnels carpiens. Celle-ci n'avait toutefois pas été effectuée à l'heure actuelle, car aucun médecin n'avait souhaité prendre le risque de l'opération qui aurait pour conséquence de bloquer totalement ses deux poignets. L'expertise n'indiquait ni sa capacité de travail résiduelle ni l'activité, avec ou sans rendement qu'il pourrait réaliser.

49. 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 - 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. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais pendant la période du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c LPGA et art. 89C let. c LPA), le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).
3. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> août 2013 et au-delà du 30 octobre 2014.
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, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008).

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).

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 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) 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 LPGA. Selon l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

5. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

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.

Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison

de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

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).

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).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15

---

p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

6. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).
7. 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 137 V 210 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).
8. 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).

9. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu réaliser s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 8 al. 1 et art. 16 LPG).

La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1 ; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174).

10. Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait – au degré de la vraisemblance prépondérante – réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (ATF 139 V 28 consid. 3.3.2 et ATF 135 V 297 consid. 5.1). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des circonstances au moment de la naissance du droit à la rente et des modifications susceptibles d'influencer ce droit survenues jusqu'au moment où la décision est rendue (ATF 129 V 222 consid. 4.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_869/2017 du 4 mai 2018 consid. 2.2). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'ESS éditée par l'Office fédéral de la statistique (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 201/06 du 14 juillet 2006 consid. 5.2.3 et I 774/01 du 4 septembre 2002). Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation

---

dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2).

11. Quant au revenu d'invalidé, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne «total secteur privé» (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La valeur statistique - médiane - s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C\_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C\_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3).

Toutefois, lorsque cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu parfois de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers (secteur 2 [production] ou 3 [services]), voire à des branches particulières. Tel est notamment le cas lorsqu'avant l'atteinte à la santé, l'assuré a travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre pas en ligne de compte. En outre, lorsque les circonstances du cas concret le justifient, on peut s'écarter de la table TA1 (secteur privé) pour se référer à la table TA7 (secteur privé et secteur public [Confédération] ensemble), si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalidé et que le secteur en question est adapté et exigible (ATF 133 V 545, et les références citées).

La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75

---

consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6 ; ATF 123 V 150 consid. 2 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5).

12. En cas d'absence de désignation des activités compatibles avec les limitations du recourant, le Tribunal fédéral a jugé qu'il eût été certainement judicieux que l'office AI donnât au recourant, à titre d'information, des exemples d'activités adaptées qu'il peut encore exercer, mais qu'il convient néanmoins d'admettre que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont on doit convenir qu'un nombre significatif sont adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans aucune formation particulière (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_279/2008 du 16 décembre 2008 consid. 4).
13. En cas de modification de la capacité de gain, la rente doit être supprimée ou réduite avec effet immédiat si la modification paraît durable et par conséquent stable (art. 88a al. 1 phr. 1 RAI). On attendra en revanche trois mois au cas où le caractère évolutif de l'atteinte à la santé, notamment la possibilité d'une aggravation, ne permettrait pas un jugement immédiat (art. 88a al. 1 phr. 2 RAI ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 666/81 du 30 mars 1983 consid. 3, in RCC 1984 p. 137 s.). En règle générale, pour examiner s'il y a lieu de réduire ou de supprimer la rente immédiatement ou après trois mois, il faut examiner pour le futur si l'amélioration de la capacité de gain peut être considérée comme durable (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_32/2015 du 10 septembre 2015 consid. 4.1). L'OAI doit réduire ou supprimer la rente avec effet à la fin du mois au cours duquel le délai de trois mois a expiré (voir arrêt du Tribunal fédéral 9C\_900/2013 du 8 avril 2014 consid. 6.5 dans le même sens).
14. a. En l'espèce, le rapport d'expertise du 9 mai 2018, signé par les Drs N\_\_\_\_\_ et O\_\_\_\_\_ et complété le 10 décembre 2018 par le Dr N\_\_\_\_\_, repose sur l'examen personnel du recourant ainsi que son dossier médical, et prend en considération ses plaintes. Les experts ont répondu aux questions posées et leurs conclusions sont motivées et convaincantes. Il y a par conséquent lieu de leur accorder une pleine valeur probante.  
b. Les critiques formulées par le recourant contre ces rapports ne suffisent pas à remettre sérieusement en cause leurs conclusions. Le fait que l'expertise ait été

diligentée dans le cadre de la procédure LAA n'est pas déterminant, dans la mesure où elle contient les informations médicales nécessaires pour trancher la cause relative à l'assurance-invalidité. Le complément d'expertise ne se limite pas au taux de l'atteinte à l'intégrité du recourant, mais contient également une appréciation de la capacité de travail dans une activité adaptée et ses conclusions à ce sujet sont même déterminantes pour trancher la date à partir de laquelle une activité adaptée était exigible du recourant, point qui sera développé par la suite.

c. L'OAI a fondé sa décision limitant le droit du recourant à une rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> novembre 2014, sur le fait que celui-ci avait retrouvé une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations dès le début du mois d'août 2014, comme l'avait retenu le SMR, le 8 décembre 2014, sur la base d'un rapport établi par le Dr G\_\_\_\_\_ le 4 septembre 2014, lequel retenait que le cas était maintenant suffisamment stabilisé et que la reprise du travail prononcée par le médecin traitant pour le début du mois d'août 2014, témoignait de la bonne évolution de la chirurgie pratiquée au mois de mai 2014. Le Dr G\_\_\_\_\_ se référait au rapport établi le 1<sup>er</sup> juillet 2014 par le Dr H\_\_\_\_\_, dans lequel celui-ci considérait que l'assuré pourrait reprendre une activité professionnelle à 100% dès le 3 août 2014. Toutefois, le 14 juillet suivant, le Dr H\_\_\_\_\_ a prolongé l'incapacité totale de travail de l'assuré jusqu'au 15 septembre 2014. Il en résulte que le Dr G\_\_\_\_\_ ne pouvait pas, le 4 septembre 2014, considérer que le cas était maintenant suffisamment stabilisé et que l'assuré pouvait reprendre son travail au début du mois d'août 2014. Le 17 septembre 2014, le Dr H\_\_\_\_\_ a indiqué au médecin-conseil de la SUVA qu'aucune reprise du travail n'était en l'état possible. Le 26 mai 2015, il a encore attesté d'une totale incapacité de travail de l'assuré du 1<sup>er</sup> janvier au 30 juin 2015 et, le 28 mai 2015, que les douleurs de l'assuré étaient stables au niveau des deux poignets depuis septembre 2014 et qu'elles l'empêchaient de reprendre une activité professionnelle.

Au final, ce n'est que le complément d'expertise du 10 décembre 2018, qui atteste clairement d'une capacité de travail de 100% de l'assuré dans une activité adaptée au 30 juin 2016. Les autres pièces du dossier ne permettent pas d'attester d'un retour à une telle capacité de travail avant cette date. En conclusion, il doit être retenu que l'assuré a été totalement incapable de travailler jusqu'au 30 juin 2016 et non pas seulement jusqu'au mois d'août 2014, comme l'a fait l'intimé. Le recourant a ainsi droit à une rente entière d'invalidité jusqu'au 30 septembre 2016, soit trois mois après qu'il a retrouvé une capacité de travail totale dans une activité adaptée (art. 88a al. 1 RAI).

15. a. Dès lors que le droit à la rente d'invalidité du recourant doit être revu dès le 1<sup>er</sup> octobre 2016, il faut procéder à un nouveau calcul du taux d'invalidité à cette date, l'intimé ayant tenu compte dans la décision querellée d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée dès le mois d'août 2014.

b. S'agissant du revenu avec invalidité, le recourant a fait valoir que l'intimé ne pouvait pas se fonder sur le tableau TA1, tous secteurs confondus et qu'il aurait dû

---

établir précisément quelle activité concrète, il serait en mesure d'exercer. Le revenu statistique retenu par l'intimé était trop élevé et ne correspondait à aucune réalité.

Selon la jurisprudence précitée, lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS. Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne « total secteur privé ». Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes.

L'intimé était donc fondé à se référer sur le tableau TA1, tous secteurs confondus. L'on ne se trouve pas dans un cas où il apparaît indiqué de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, car l'assuré doit pouvoir mettre à profit sa capacité résiduelle de travail, dans un autre domaine que celui dans lequel il a travaillé jusqu'alors et qu'il est sans formation.

c. D'après l'ESS 2014, le revenu statistique tiré d'activités physiques ou manuelles simples s'élève à CHF 5'312.- par mois (tableau TA1\_tirage\_skill\_level, niveau 1, total, homme, part au 13<sup>ème</sup> salaire comprise) ou à CHF 63'744.- par année (CHF 5'312 × 12). Ce salaire hypothétique se fonde toutefois sur une durée hebdomadaire de travail de 40 heures, inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises. Il convient dès lors de l'ajuster à la durée hebdomadaire normale de travail en 2014, lequel est de 41,7 heures (tableau « Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique » de l'office fédéral de la statistique), ce qui porte le salaire annuel à CHF 66'453.10.- pour un plein temps (CHF 63'744 × 41,7 / 40). Après adaptation de ce montant à l'évolution des salaires nominaux pour les hommes en 2016 – année déterminante pour la comparaison des revenus – (ISS en 2014 : 2220 et en 2016 : 2239), le revenu avec invalidité est de CHF 67'021.80 ([CHF 66'453.10 × 2239/ 2220]).

d. Il convient encore d'examiner si un facteur de réduction doit s'appliquer à ce salaire. Le recourant a fait valoir que l'abattement de 10% sur le revenu avec invalidité était trop faible, vu ses limitations, son âge (55 ans), sa nationalité portugaise ainsi que son manque de formation et de maîtrise de la langue française. L'OAI aurait dû prendre en compte un taux d'abattement de 25% sur le salaire statistique.

Le manque de formation du recourant n'est pas un facteur susceptible de jouer un rôle significatif en l'espèce sur ses perspectives salariales, puisque les activités adaptées envisagées (simples) ne requièrent ni formation, ni expérience professionnelle spécifique, et que tout nouveau travail implique une période

d'apprentissage. Aussi, il n'y a pas lieu d'effectuer un abattement à ce titre (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_103/2018, 8C\_131/2018 du 25 juillet 2018 consid. 5.2).

En ce qui concerne la mauvaise maîtrise de la langue française par le recourant, elle n'a pas à être retenue non plus, dès lors que le niveau de qualification professionnelle déterminant in casu ne nécessite pas une bonne maîtrise d'une langue nationale (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 5.2 et les références) et que ses difficultés à s'exprimer en français ne l'ont pas empêché de trouver un travail en Suisse.

S'agissant de la nationalité ou de la catégorie d'autorisation de séjour, bien que le permis B dont bénéficiait le recourant depuis le 9 juin 2016 soit échu depuis le 25 août 2018 et qu'on ignore si ce dernier a sollicité le renouvellement de son permis, il n'en reste pas moins qu'en sa qualité de ressortissant portugais, il est soumis aux dispositions conventionnelles entre la Suisse et l'Union européenne, sur la libre circulation des personnes (ALCP et réglementation communautaire associée) et, à ce titre, il bénéficie – à l'inverse des ressortissants d'un État hors UE/AELE –, d'un accès facilité au marché suisse de l'emploi. De plus, les salaires statistiques sont établis en fonction de la population résidente aussi bien suisse qu'étrangère (arrêt du Tribunal fédéral I 640/00 du 16 avril 2002 consid. 4d/bb [résumé in : REAS 2002 p. 308]). Ainsi, le statut d'étranger ne justifie pas non plus une réduction des salaires statistiques en l'espèce.

Pour ce qui est du facteur « âge », le recourant était âgé de 54 ans au moment hypothétique de la naissance du droit à la rente 2016 –, ce qui est encore éloigné du seuil à partir duquel la jurisprudence parle d'un âge avancé. Le Tribunal fédéral considère en effet qu'il se situe à 60 ans (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_612/2007 du 14 juillet 2008 consid. 5.2). Du moment que les activités adaptées envisagées ne requièrent ni formation, ni expérience professionnelle spécifique, les effets pénalisants au niveau salarial, induits par l'âge ne peuvent pas être considérés comme suffisamment établis, ce d'autant que le recourant a été pendant des années contremaître maçon au Portugal, puis en Angola, avant de travailler en Suisse, ce qui démontre qu'il dispose d'une certaine capacité d'adaptation sur le plan professionnel susceptible de compenser les désavantages compétitifs liés à son âge surtout dans le domaine des emplois non qualifiés.

Quant aux limitations fonctionnelles dont le recourant est affecté, si ce dernier n'est pas totalement privé de l'usage de ses mains, il subit néanmoins des limitations fonctionnelles importantes touchant les deux poignets (port de charges maximal de 5 kg, mouvements de flexion/extension des poignets de faible amplitude (20°/0°/20°), mouvements de pro/supination de faible amplitude, pas de force de serrage maximale, ni d'utilisation d'outils vibratoires ou de perçage ni de mouvements répétitifs des poignets). Même si ces limitations ne rendent pas illusoire ou irréaliste la perspective du recourant de retrouver un emploi adapté parmi la palette d'activités peu contraignantes existant sur un marché équilibré du travail, elles constituent à l'évidence un désavantage certain par rapport à des

travailleurs capables de supporter un effort prolongé et d'utiliser sans entrave leurs deux mains. Compte tenu de ces circonstances et du fait que le recourant ne peut exercer qu'une activité légère, un abattement de 20% se justifie, étant relevé que le Tribunal fédéral a jugé qu'une unilatéralité de fait ou une restriction de la main dominante peut en effet justifier un abattement compris entre 20% et 25% (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_363/2017 du 22 juin 2018 consid. 4.3 et 9C\_396/2014 du 15 avril 2015 consid. 5.2).

En opérant une réduction de 20%, le revenu d'invalidé s'élève à CHF 53'617.44 (CHF 67'021.80 – CHF 13'404.36 [CHF 67'021.80 × 20 / 100 = CHF 13'404.36]).

e. Le recourant n'a pas critiqué le revenu sans invalidité retenu par l'intimé, soit CHF 67'587.- en 2011, en se fondant sur l'extrait du compte individuel annualisé du recourant. Indexé à 2016, ce revenu est de CHF 69'703,95 (CHF 67'587.- x 2239 (ISS 2016) / 2171 (ISS 2011)).

Si l'on se fonde sur ce revenu de CHF 69'703,95, le taux d'invalidité est de 23% (CHF 69'703,95 – CHF 53'617,55 x 100 / CHF 69'703,95 = 23%).

La chambre de céans estime toutefois que l'intimé aurait dû déterminer le taux d'invalidité de la manière suivante : l'activité exercée au service de C\_\_\_\_\_ était soumise à la convention collective de travail locale du secteur principal de la construction pour le canton de Genève (CCT-GE). Aux termes de l'art. 1 de la CCT-GE 2012-2015, ladite convention complète la convention nationale du secteur principal de la construction en Suisse (CN 2012-2015) et en fait partie intégrante. Selon l'art. 24 al. 2 CN 2012-2015, le total des heures annuelles de travail déterminant s'élève à 2112 heures (365 jours / 7 = 52,14 semaines x 40,5 heures) pour tout le territoire conventionnel. La durée hebdomadaire du travail est en règle générale comprise entre 37,5 heures hebdomadaires au minimum et 45 heures hebdomadaires au maximum (art. 25 al. 2 CN 2012-2015). Conformément à l'art. 41 al. 2 let. a de la CN 2012-2015, le salaire horaire est de CHF 28.80 (maçon, catégorie B) (salaire mensuel : CHF 5'066.-) du 1<sup>er</sup> avril au 31 décembre 2012. Le salaire de base à l'heure est déterminé selon la formule suivante : salaire mensuel selon l'al. 2 de l'art. 41 CN 2012-2015 divisé par 176 (le diviseur résulte du total des heures annuelles divisé par le nombre de mois; actuellement : 2112 / 12 = 176) (art. 41 al. 3 CN 2012-2015).

Le salaire horaire du recourant, d'un montant de CHF 28.50 depuis le début des rapports de travail en 2011 (art. 41 al. 2 let. b CN 2008 – la CN 2008 a été reconduite automatiquement jusqu'au 31 décembre 2011), s'élevait à CHF 28.80 à compter du 1<sup>er</sup> avril 2012. Avant son accident, il a été payé en fonction des heures effectivement accomplies, selon un horaire variable qui ne correspondait pas aux 45 heures hebdomadaires indiquées par l'employeur dans le questionnaire du 12 décembre 2013. Il ressort en effet des bulletins de salaire figurant au dossier que le recourant a accompli en moyenne 32,62 heures de travail par semaine au cours de l'année précédant son accident (1695,25 heures au total / 12 / 4,33). Il y a lieu de

---

prendre en considération le salaire concrètement perçu par le recourant, soumis aux cotisations AVS (soit celui qui englobe la part au 13<sup>ème</sup> salaire, le droit aux vacances et les indemnités pour jours fériés, à l'exclusion des prestations versées en juin 2012 par l'intimée pour compenser les pertes de salaire par suite d'accident). Selon les bulletins de salaire 2011-2012, le dernier revenu annuel effectivement perçu par le recourant avant son accident s'élevait à CHF 59'574.- (5'204.55 [juin 2011] + 6'156.55 [juillet 2011] + 4'142.15 [août 2011] + 6'466.85 [septembre 2011] + 5'453.- [octobre 2011] + 5'162.70 [novembre 2011] + 4'098.50 [décembre 2011] + 1'392.30 [février 2012] + 7'320.90 [mars 2012] + 6'033.20 [avril 2012] + 5'206.05 [mai 2012] + 5'112.85 [juin 2012] - CHF 2'175.60 [indemnités journalières reçues en juin 2012]). Adapté à l'évolution des salaires nominaux pour les hommes jusqu'au moment de la naissance du droit (éventuel) à la rente de l'assurance-accidents (ATF 129 V 222), soit en 2016 – indice suisse des salaires publié par l'office fédéral de la statistique; ISS en 2012 : 2188 et en 2016 : 2239 –, le revenu sans invalidité est de CHF 60'962.60 ( $[59'574 \times 2239 / 2188]$ ).

Le taux d'invalidité en tenant compte de ce revenu sans invalidité est de 12% ( $CHF 60'962.60 - CHF 53'617.44 \times 100 / CHF 60'962.60 = 12\%$ ).

f. Quelle que soit la méthode retenue pour déterminer le revenu sans invalidité, le taux d'invalidité est de moins de 40% et n'ouvre pas au recourant le droit à une rente d'invalidité.

16. Les faits de la cause sont suffisamment établis pour juger la cause, de sorte qu'il n'y a pas lieu de procéder encore à l'audition des parties, comme l'a demandé le recourant, le 16 décembre 2019, sans d'ailleurs motiver cette demande.
17. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision du 13 décembre 2016 réformée en ce sens que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> août 2013 au 30 septembre 2016.
18. Le recourant obtenant ainsi partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPG; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).
19. Un émolument de CHF 500.- sera mis à la charge de l'intimé (art. 69 al. 1bis LAI).

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement.
3. Réforme la décision rendue par l'intimé le 13 décembre 2016, en sens que le recourant a droit une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> août 2013 au 30 septembre 2016.
4. Alloue au recourant une indemnité de CHF 2'500.- pour ses dépens, à la charge de l'intimé.
5. Met un émolument de CHF 500.- à la charge de l'intimé.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Isabelle CASTILLO

Catherine TAPPONNIER

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