RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2068/2006 **ATAS/1041/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 6

du 27 novembre 2006

En la cause

Monsieur M_____, domicilié , GRAND-SACONNEX, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Patrick UDRY	recourant

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, GENEVE	intimé

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente, Isabelle DUBOIS et Karine STECK, Juges

EN FAIT

1. Monsieur M_____, né en 1941 et ressortissant italien a travaillé en tant que conducteur de bus, de tram et de trolleybus pour le compte des X_____ dès le 1er février 1984. En cette qualité, il a été assuré contre les risques accidents auprès de la CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt ; ci-après la SUVA).

2. Le 28 septembre 2003, il a été victime d'une chute à l'occasion d'une altercation entre usagers de la voie publique, ce qui a entraîné une contusion des deux genoux.

3. Consulté le 30 septembre 2003, le Dr. A_____, généraliste et médecin traitant, suspectant une atteinte ligamentaire du genou gauche, a fait procéder à des examens radiologiques. Il a attesté d'une incapacité de travail de 100%.

4. L'IRM du genou gauche pratiquée le 7 octobre 2003 a permis de diagnostiquer une déchirure complète du ligament croisé postérieur, une rupture de la partie supérieure du ligament latéral interne, une déchirure de la partie moyenne et corne postérieure du ménisque interne ainsi qu'un épanchement articulaire en quantité moyenne. Une lésion osseuse ou musculaire a été exclue.

5. Le 17 octobre 2003, l'employeur a annoncé l'accident à la SUVA qui l'a pris en charge. Des indemnités journalières ont été versées rétroactivement dès le 1er octobre 2003 sur la base d'une incapacité de travail de 100%.

6. Dans son rapport médical du 28 octobre 2003 à l'intention de la SUVA, le Dr B_____, chirurgien orthopédique et médecin traitant, a diagnostiqué une contusion du genou droit. Il constatait par ailleurs une palpation de la colonne lombaire haute sensible. Toutefois, au vu des radiographies du bassin, de la colonne lombaire et du genou droit, des lésions traumatiques ne pouvaient être visualisées. Il a attesté d'une incapacité de travail totale.

7. Par courrier du 6 novembre 2003 à l'intention du Dr A_____, le Dr B_____ a indiqué qu'après bilan radio-clinique il avait retenu les diagnostics suivants: lésion complète du ligament croisé postérieur, lésion proximale du ligament latéral interne de 2ème degré et lésion de la partie moyenne et de la corne postérieure du ménisque interne du genou gauche. Il prévoyait de maintenir l'assuré dans une attelle avant de procéder à une arthroscopie. Une incapacité de travail de 100% a été attestée.

8. Le 24 novembre 2003 et suite à un traitement conservateur, le Dr B_____ a procédé à une arthroscopie du genou gauche et a constaté des éléments d'une gonarthrose.

9. Dans son rapport médical intermédiaire du 29 janvier 2004, le Dr B_____ a indiqué qu'il avait instauré de la physiothérapie et la prise de médicaments. Le médecin attestait une évolution favorable mais prévoyait en revanche un dommage permanent sous forme de lésions orthogènes. L'assuré était toujours incapable d'exercer une activité lucrative.

10. Le 12 février 2004, lors d'un entretien à domicile avec l'assuré, un inspecteur de la SUVA faisait état d'une évolution favorable nonobstant les douleurs importantes au genou gauche. A cette occasion, l'assuré a précisé qu'il avait également été blessé au dos, au bassin et à l'épaule gauche, dans sa chute. Aucun traitement n'était prévu pour ces troubles, car on se concentrait sur les lésions plus graves du genou gauche.

11. Dans son rapport du 15 mars 2004, le Dr C_____, chirurgien orthopédique et médecin-conseil de la SUVA, a d'abord résumé le dossier médical et répertorié les radiographies. Il a en outre recueilli les plaintes de l'assuré et procédé a un certain nombre de mesures des hanches, des genoux, des chevilles et des épaules. En définitive, il a retenu une guérison au niveau du genou droit, une symptomatologie au niveau du genou gauche sous la forme d'une instabilité et d'une réduction de la mobilité. Quelques douleurs persistaient au niveau lombaire. Le médecin a estimé que l'incapacité de travail était totale.

12. Sur conseil de ce médecin, le recourant a ensuite été hospitalisé à la (ci-après: "établissement hospitalier") du 23 mars au 1er avril 2004.

13. Dans un rapport de la "établissement hospitalier" du 4 mai 2004, le Dr D_____, spécialiste en médecine physique, réhabilitation et chirurgie orthopédique, s'est livré à une anamnèse. Il a ensuite établi le status ostéo-articulaire et neurologique de l'assuré et résumé les bilans médicaux de son séjour (physiothérapie, radiographies, ateliers professionnels, culture liquide). Il a conclu que l'assuré souffrait d'une résection arthroscopique de la corne postérieur du ménisque interne, d'une rupture complète du LCP du genou droit, cicatrisée, d'une arthrose tri-compartimentale des genoux ainsi que d'une chondrocalcinose du genou droit. Il relevait que l'assuré présentait des limites dans la montée et la descente fréquente des escaliers, ainsi que dans les activités prolongées à genoux, accroupi assis ou debout. Il estimait que la situation n'était pas encore stabilisée. Il proposait une reprise progressive du travail dans son activité habituelle, dans un premier temps à but thérapeutique. Ce médecin attestait d'une capacité de travail de 0% dès le 21 avril 2004 "jusqu'à ce que l'assuré soit contacté par le gestionnaire du cas SUVA pour cette reprise progressive".

14. Lors de l'entretien du 4 juin 2004, l'assuré a indiqué à la SUVA qu'il ne s'opposait pas au principe d'une reprise de travail à but thérapeutique mais qu'en l'état, cela ne lui semblait pas envisageable.

15. Consultés le 7 juin 2004, les TPG ont indiqué ne pas pouvoir confier à l'assuré un poste adéquat, la conduite d'un tram ne pouvant être envisagée de manière progressive. Une capacité de travail d'au moins 50% devait être médicalement attestée. De surcroît, il n'était pas possible d'aménager le poste en fonction du handicap au genou.

16. Dans son rapport médical intermédiaire du 25 juin 2004, le Dr E_____, médecin-conseil-adjoint des TPG, a retenu le diagnostic de contusions multiples aux genoux droit et gauche, à la tête, au niveau lombaire, à l'épaule gauche et enfin au bassin. Il mentionnait que le genou gauche avait subi une lésion du ligament croisé. Il proposait une reprise à 50% et sous contrôle à la conduite des trams.

17. Dans le rapport médical intermédiaire du 29 juillet 2004, le Dr B_____ relevait une gêne au genou droit, "pas trop mal au genou gauche", l'absence de cannes, un périmètre de marche d'environ une heure, des douleurs nocturnes, des douleurs à l'épaule gauche et au genou gauche ainsi qu'un lumbago. Il indiquait que la SUVA devrait s'adresser aux TPG pour un poste adéquat sans toutefois se prononcer sur la capacité résiduelle de travail de l'assuré.

18. Consultés de nouveau le 15 septembre 2004, les TPG ont déclaré ne pas disposer d'un poste de travail adapté. Ils ont rappelé que seule une capacité de travail médicalement attestée de 50% ouvrirait au recourant la possibilité d'occuper un poste de conducteur de tram.

19. Le 20 septembre 2004, compte tenu de son incapacité de travail continue depuis le mois de septembre 2003, l'assuré a déposé une demande de prestations à l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITÉ (ci-après: OCAI), en vue de l'octroi d'une rente.

20. Dans son rapport médical intermédiaire du 28 septembre 2004, le Dr B_____ a confirmé son diagnostic du 29 juillet 2004 en précisant que le cas de l'assuré n'était pas encore stabilisé. Il a considéré que son incapacité de travail était totale et a proposé une IRM du genou droit.

21. Le rapport intermédiaire du 3 octobre 2004 du Dr A_____ a fait état d'un problème invalidant du genou gauche depuis l'accident du 28 septembre 2003 et ce malgré l'intervention arthroscopique du Dr B_____ du 24 novembre 2003 et la rééducation à la clinique SUVA en mars/avril 2004. Le Dr A_____ s'est estimé incapable de se prononcer sur l'aptitude de l'assuré de soixante-trois ans à reprendre son activité de conducteur de tram.

22. L'IRM du genou droit effectuée le 4 octobre 2004 a révélé une double déchirure verticale oblique de la partie moyenne et de la corne postérieure du ménisque interne ainsi qu'une gonarthrose interne débutante. Toute lésion ligamentaire ou tendineuse ainsi qu'un épanchement articulaire ont été écartés.

23. Le 13 janvier 2005, le Dr B_____ a confirmé ses diagnostics précédents et noté que l'assuré souffrait toujours de douleurs nocturnes des deux côtés et surtout en descente. Son périmètre de marche se limitait à peine à une demi-heure. Il attestait une insécurité du genou gauche. Il remarquait qu'aucune intervention chirurgicale au genou droit n'avait été fixée.

24. Dans son rapport médical intermédiaire du 24 février 2005, rendu à l'issue d'un examen clinique de l'assuré le 21 février 2005, le Dr B_____ a renvoyé au rapport opératoire du 24 novembre 2003 et au rapport IRM du 6 octobre 2004 pour le diagnostic. Il a en outre retenu des douleurs à l'épaule gauche et aux deux genoux avec des pseudo-blocages. Il a considéré que l'état de santé de l'assuré était stabilisé même si d'éventuelles mesures médicales - arthroscopie au genou droit et une prothèse au genou gauche - faisaient encore l'objet d'une discussion. Il a estimé que l'assuré avait une incapacité de travail dans son ancienne activité mais a jugé qu'il était capable d'exercer une activité sédentaire à plein temps et rendement. Selon ce médecin, il fallait alterner la position assise avec des pauses. Sa capacité de rester en position debout se limitait néanmoins à une demie heure par jour. De plus, l'assuré n'était pas en mesure d'adopter alternativement les positions assis/debout ou assis/debout/marche. Il attestait en outre d'une incapacité d'être en position à genoux, en position accroupie, de parcourir à pied plus de 200 mètres, de lever, porter ou déplacer des charges, de se baisser, d'effectuer des mouvements des membres inférieurs ou du dos occasionnels ou répétitifs, de travailler en hauteur ou sur une échelle et enfin, de se déplacer sur sol irrégulier ou en pente. Le Dr B_____ en a tiré la conclusion que l'assuré disposait d'une capacité de travail résiduelle de 100%, par exemple dans une activité de réceptionniste.

25. Le 3 mars 2005, le Dr C_____, a de nouveau résumé le dossier, recueilli les plaintes de l'assuré, examiné la situation socio-professionnelle de ce dernier et établi un status de ses membres inférieurs et supérieurs. Il a conclu à une symptomatologie douloureuse au niveau de l'épaule gauche et une possibilité d'une ancienne fracture du 3ème métacarpien. Au niveau du genou gauche, il identifiait également une gonarthrose, une chondrocalcinose ainsi qu'une déchirure du ligament croisé postérieur. Au niveau du genou droit, il relevait une lésion méniscale dont le traitement n'avait pas encore été défini. Par ailleurs, l'assuré lui avait déclaré avoir été victime d'un accident de l'œil gauche en 1979. Lors du dernier contrôle oculaire, l'examen de la vue avait révélé une situation insuffisante pour la conduite professionnelle raison pour laquelle le permis de conduire lui avait été supprimé. Le médecin-conseil proposait d'investiguer les séquelles de l'accident de 1979.

26. Lors de l'entretien avec la SUVA du 18 mai 2005, l'assuré a de nouveau déclaré que son acuité visuelle de l'œil gauche s'était détériorée depuis son accident en 1979. Il précisait que cette baisse de vision n'avait aucune conséquence particulière sur sa vue en général. Il indiquait souffrir également de douleurs au genou droit, aux

épaules et au bas du dos. En ce qui concerne la main droite et le genou gauche, aucune évolution par rapport à ce qui avait été retenu lors de l'examen médical du 2 mars 2005 auprès du médecin-conseil de la SUVA, ne pouvait être constatée.

27. Suite à sa consultation d'orthopédie du 22 juin 2005, le Dr F_____, orthopédiste, a estimé que les résultats de l'opération du 24 novembre 2003 au niveau du genou gauche n'étaient pas concluants. L'assuré se plaignait surtout de douleurs lors de la descente des escaliers, de douleurs de déverrouillage matinal et de douleurs de démarrage. Le médecin a fait état d'une instabilité majeure et signalait une lésion du ligament croisé postérieur du genou gauche. Il a précisé que la marche sur les pointes et les talons ne posait pas de difficultés particulières. En revanche, la position accroupie était impossible, l'hyperflexion et l'hyper-extension étaient douloureuses, il y avait un épanchement discret et le test de Mc Murray était douloureux. Sur la base des IRM et radiographies versées au dossier, il a conclu à une gonarthrose tri-compartimentale débutante droite, accompagnée d'une chrondocalcinose. Il a proposé un traitement conservateur et, seulement au besoin, la pose d'une prothèse du genou droit.

28. Une arthro-IRM de l'épaule gauche effectuée le 23 juin 2005 par le Dr G_____, radiologue, a révélé des signes d'une tendinopathie de la coiffe avec forte suspicion de perforation du tendon du susépineux distal avec discret passage de produit contraste dans la bourse sous-acromiodeltoïdienne. Selon ce médecin, une bursite sous acromiale associée ne pouvait être exclue.

29. Dans son avis médical du 8 septembre 2005, la Dresse H_____ du Service Médical Régional AI Suisse romande (SMR), a retenu une rupture complète du ligament croisé postérieur du genou gauche, un status après résection arthroscopique de la corne postérieure du ménisque interne ainsi qu'une arthrose tri-compartimentale du genou gauche et droit. Elle relevait que l'assuré avait fait un séjour à la "établissement hospitalier" en mars-mai 2004 à l'issue duquel une reprise de travail progressive, dans un premier temps à but thérapeutique, était prévue. Toutefois, les TPG n'avaient pas disposé d'un tel poste. En définitive, elle a jugé que la capacité de travail de l'assuré était entière dès le 1er juin 2004 dans une activité sédentaire. Elle concluait: "les MOP sont théoriquement exigibles, mais pratiquement l'assuré atteindrait l'âge AVS dans 6 mois".

30. Un courrier du 19 septembre 2005 du Centre d'accueil et d'urgences des "établissement hospitalier" à l'intention de l'assuré a indiqué que son genou droit était atteint d'un épanchement discret et d'une gonarthrose tri-compartimentale et chrondocalcinose, d'une lésion de la corne postérieure du ménisque interne. Au niveau du genou droit on pouvait constater une instabilité ante et une lésion du ligament croisé postérieur. Au niveau des épaules et des mains il n'y avait rien à signaler. En revanche, une contusion lombaire haute avait été identifiée au niveau

du dos. Par ailleurs, un traitement conservateur était en cours et une prothèse du genou droit devait être posée si les douleurs persistaient.

31. Par pli du 26 septembre 2005, le Dr B_____ a informé l'assuré de l'état de sa santé. S'agissant du genou gauche, il retenait une lésion complète du ligament croisé postérieur, une lésion proximale de II à III du ligament latéral interne, une lésion de la partie moyenne et de la corne postérieure du ménisque interne ainsi qu'un status post-résection de la partie moyenne et de la corne postérieure du ménisque interne. Quant au genou droit, il relevait une lésion de la partie moyenne et de la corne postérieure du ménisque interne. Pour la main droite il diagnostiquait un status post-lésion capsulo-ligamentaire MCP III droite. L'épaule gauche était atteinte d'une rupture transfixiante du tendon-sus-épineux, d'un impingement sous-acromial et d'une arthrose acromio-claviculaire. Enfin, au niveau du rachis, il constatait un lumbago post-traumatique. Il soulignait que l'évolution était longue et difficile et que l'assuré se plaignait toujours de douleurs au niveau des deux genoux, de la main ainsi que de l'épaule gauche. En outre, des consultations spécialisées en chirurgie de la main ainsi qu'en orthopédie étaient prévues. Il avait proposé une intervention arthroscopique pour l'épaule gauche mais n'avait pas encore d'informations des "établissement hospitalier" à ce sujet.

32. Une arthro-IRM du 3ème rayon de la main droite effectuée par le Dr G_____, radiologue, le 6 octobre 2005, a révélé un petit élément probablement d'arrachement intra-articulaire de 2mm de diamètre dans la partie dorsale de la cavité articulaire métacarpo-phalangienne du 3ème rayon.

33. Par décision du 31 octobre 2005, l'OCAI de Genève a reconnu à l'assuré le droit à une demi-rente à partir du 1er septembre 2004, basée sur un taux d'invalidité de 54%. L'office a fait siennes les conclusions de l'avis du SMR du 8 septembre 2005, estimant que l'assuré avait une capacité entière de travail dans une activité adaptée et sédentaire et ceci depuis le 1er juin 2004. L'OCAI a expliqué que, malgré les limitations du recourant, la possibilité d'exercer une activité adaptée sédentaire (activité de niveau 4) existait et lui permettrait de réaliser un revenu annuel de l'ordre de Fr 46'169.-. Pour ce calcul, l'office avait tenu compte d'une réduction supplémentaire de 20% en raison d'une activité légère seule possible, de ses limitations fonctionnelles, de son âge et de ses années de service auprès du même employeur. La comparaison avec le revenu que l'assuré aurait pu escompter sans invalidité en 2004 (Fr 99'610.-) permettait de conclure à une perte de gain de 53,6%, arrondi à 54%.

34. Dans son rapport médical du 9 novembre 2005, le Dr I_____, chef de clinique au département de chirurgie des "établissement hospitalier", a retenu des lésions du genou gauche, du genou droit et de la main droite, de la colonne dorsolombaire ainsi que de l'épaule gauche. Il a relevé une douleur sous-acromiale au-delà de l'horizontale. Il a estimé qu'en l'état il n'y avait pas d'indication

chirurgicale; il prévoyait de revoir l'assuré suite au traitement conservateur et en cas de persistance ou péjoration des douleurs.

35. Le rapport médical du 17 novembre 2005 du Dr. J_____, orthopédiste, a dégagé une gonarthrose tri-compartimentale du genou droit et du genou gauche. Ce médecin a jugé qu'il était peu probable que l'assuré recouvre sa capacité de travail en ce qui concerne le port de charges et la position - debout ou assise - prolongée.

36. Par pli du 1er décembre 2005, l'assuré a formé opposition à la décision du 31 octobre 2005, concluant au versement d'une rente entière d'invalidité dès le 1er septembre 2004. L'assuré a fait valoir que compte tenu de son état de santé, son incapacité de travail était totale même dans une activité adaptée. Il soutenait que son état de santé n'était toujours pas stabilisé et en voulait pour preuve les copies des courriers récents du Dr. B_____ et de "établissement hospitalier".

37. Le 9 décembre 2005, le Dr B_____ a confirmé ses diagnostics précédents et a recommandé la poursuite de la physiothérapie. Il ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail résiduelle de l'assuré. Il a toutefois indiqué qu'il fallait interpeller l'employeur concernant un travail approprié pour l'assuré.

38. Le 14 mars 2006, l'assuré a fêté ses 65 ans.

39. Le même jour, le Dr C_____, a procède à un examen médical final. Après avoir résumé le dossier, il a recueilli les plaintes de l'assuré, établit son status et analysé les radiographies. Il a retenu une évolution favorable du genou gauche. Seuls persistaient des incidents occasionnels d'instabilité. Au niveau du genou droit, il relevait une gonarthrose importante en précisant qu'une arthroscopie avait été récusée par le Dr F_____. Par rapport à la contusion lombaire, aucune lésion traumatique n'avait été détectée au niveau vertébral. S'agissant de l'épaule gauche et la main droite, dont le diagnostic aurait été tardif, il a noté une symptomatologie douloureuse et une réduction fonctionnelle. Le médecin a estimé que la situation avait atteint un stade de stabilisation, l'indication à un traitement chirurgical au niveau de l'épaule gauche et de la main droite n'ayant pas été posée formellement. En raison de la vision défaillante du recourant, son incapacité de travail dans son ancienne activité a été jugée totale. Les limitations fonctionnelles et activités difficiles ont été répertoriées: la marche de longue durée, celle sur terrain inégal; la montée et descente répétitive d'escaliers ou d'échelle; la position accroupie et à genoux; les mouvements répétitifs d'élévation et d'abduction de l'épaule gauche; les mouvements répétitifs de préhension avec utilisation de force maximale au niveau de la main droite. Le médecin a conclu que, dans un travail adapté, tenant compte des limitations mentionnées, l'assuré pouvait exercer une activité à plein temps.

40. Le 20 mars 2006, le Dr C_____ a évalué l'atteinte à l'intégrité du recourant en lien avec l'accident à 22,5%, soit 15% pour l'épaule gauche, 5% pour le genou gauche et 2,5% pour la main droite.

41. Dans leur rapport d'examen SMR des 27 avril /1er mai 2006, les Drs H_____ et K_____, auxquels le rapport du Dr C_____ du 14 mars 2006 avait été soumis, ont diagnostiqué des séquelles d'un polytraumatisme avec rupture du LCP du genou G, une gonarthrose bilatérale, une tendinopathie de l'épaule gauche, des séquelles d'un arrachement osseux du métacarpien III droit ainsi que des lombalgies post-traumatiques. Ils ont considéré que l'incapacité de travail du recourant était totale dans son ancienne activité mais qu'en revanche, dans une activité adaptée, sa capacité de travail était entière. Les médecins ont identifié les limitations fonctionnelles suivantes: port de charges, position stationnaire assis-debout sans possibilité d'alterner, marche prolongée, montée et descente d'escaliers et échelles, position accroupie et à genoux, mouvements répétitifs de l'épaule gauche et de préhension de la main droite. Ils ne se sont pas prononcés sur le début de la capacité de travail de l'assuré.

42. Par décision sur opposition du 5 mai 2006, l'OCAI a confirmé sa décision du 31 octobre 2005. Cet office s'est référé aux diverses investigations médicales et examens du médecin-conseil de la SUVA ainsi qu'au rapport du SMR des 8 septembre 2005, confirmé par le rapport d'examen SMR des 27 avril 2006/1er mai 2006. S'agissant des atteintes physiques, l'OCAI a d'abord rappelé que le recourant avait été victime d'un accident ayant provoqué, selon les premières constatations effectuées, des contusions du membre inférieur droit, une entorse grave du genou gauche ainsi qu'une contusion lombaire. L'office s'est ensuite référé au dossier médical établi par la SUVA. Selon l'office, la SUVA avait considéré que la situation du recourant avait atteint un stade de stabilisation. Elle avait en outre estimé que l'incapacité de travail du recourant était totale dans son ancienne activité de conducteur. Toutefois dans une activité respectant certaines limitations fonctionnelles (marche de longue durée, marche sur terrain inégal, montée et descente répétitive d'escaliers ou d'échelle, position accroupie, position à genoux, mouvements répétitifs d'élévation et d'abduction de l'épaule gauche, mouvements répétitifs de préhension avec utilisation maximale au niveau de la main droit) le recourant était apte à exercer une activité à plein temps. L'office a enfin indiqué que le SMR, dans un avis du 8 septembre 2005, avait également admis une incapacité de travail entière dans son ancienne activité. En revanche, dans une activité sédentaire, respectant les limitations fonctionnelles, la capacité de travail exigible était entière, et cela depuis le 1er juin 2004, soit dès la fin du séjour à la "établissement hospitalier". L'OCAI en a tiré la conclusion qu'il n'y avait aucune raison de s'écarter des conclusions médicales, émanant tant de la SUVA (rapport médical du Dr. C_____ établi le 14 mars 2006) que du SMR. Par conséquent, il fallait s'en tenir au taux d'invalidité de l'assuré à 54% qu'il lui avait reconnu.

43. Par mémoire du 7 juin 2006, l'assuré recourt auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales. Il conclu, sous suite de dépens, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité à compter du 1er septembre 2004. Il allègue principalement que son

incapacité de travail est totale même dans une activité adaptée. Il fait valoir que l'OCAI n'a pas pris en compte toutes ses lésions invalidantes, notamment celles relatives à l'œil. Il conteste les conclusions du SMR, notamment quant au début de sa pleine capacité de travail de l'assuré. Il soutient en outre que l'OCAI a considéré à tort que son état de santé était stabilisé car des opérations chirurgicales (à la main et à l'épaule) étaient toujours envisagées. Selon le recourant, compte tenu de ses limitations fonctionnelles, on ne saurait envisager une activité. Enfin, son âge étant proche de celui de la retraite, le recourant fait grief à l'OCAI de ne pas avoir procédé à une analyse globale de la situation.

44. Dans sa réponse du 23 juin 2006, l'OCAI maintient sa position. Il souligne que sa décision se fonde sur les renseignements les plus récents obtenus de la SUVA. De plus, compte tenu de ses limitations fonctionnelles, le recourant doit pouvoir trouver un certain nombre d'activités adaptées parmi le large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services.

45. Par courrier du 15 août 2006, la SUVA a informé l'assuré que, selon son service médical, il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement une amélioration notable des suites de l'accident du 28 septembre 2003.

46. Par courrier du 28 août 2006 à l'intention du Tribunal de céans, la SUVA a déclaré ne pas encore avoir rendu de décision. Des indemnités journalières sur la base d'une incapacité de travail à 100% seraient versées jusqu'au 30 septembre 2006.

47. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

   Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. A ch. 2 LOJ, le tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique les contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi sur l'assurance invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie, s'agissant de l'octroi d'une rente d'invalidité.

3. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

   En l'espèce, les faits déterminants remontent à une date postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA. En conséquence, sur le plan matériel, cette dernière s'applique au présent litige, étant précisé que les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi, de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3). Pour les mêmes raisons, les dispositions de la novelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4ème révision), entrée en vigueur le 1er janvier 2004 (RO 2003 3852), sont applicables (ATF 127 V 467 consid. 1).

4. Selon l'art. 60 al. 1 LPGA, le délai de recours est de trente jours. Étant donné que la décision sur opposition date du 5 mai 2006 et que le recourant l'a reçue le 8 mai 2006, le recours déposé le 7 juin 2006 a été formé en temps utile. Interjeté dans la forme et délai légaux, il est recevable en vertu des art. 56 et ss LPGA.

5. Dans sa décision sur opposition du 5 mai 2006, confirmant sa décision du 31 octobre 2005, l'intimée a alloué au recourant une demi-rente d'invalidité dès le 1er septembre 2004. L'assuré conteste ce taux et le début de sa pleine capacité de travail. En conséquence, le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité entière.

6. a) Depuis l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, de la novelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4ème révision) la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI est la suivante : «1. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée comme suit, selon le taux d'invalidité :

   40 % au moins un quart

   50 % au moins une demie

   60 % au moins trois-quarts

   70 % au moins rente entière.»

b) Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins (art. 29 al. 1 let. a LAI) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (art. 29 al. 1 let. b LAI). L'existence d'une incapacité de gain durable (art. 29 al. 1 let. a LAI) doit être admise lorsque l'atteinte à la santé est largement stabilisée et essentiellement irréversible et qu'elle affectera, selon toute vraisemblance, durablement la capacité de gain de l'assuré dans une mesure suffisamment grave pour justifier l'octroi d'une rente (art. 29 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI).

7. Invoquant la coordination de l'évaluation de l'invalidité dans l'assurance-invalidité et dans l'assurance-accidents, le recourant reproche à l'office AI d'avoir considéré son état stabilisé en se distançant de l'évaluation de la SUVA.

a) Ainsi que le Tribunal fédéral des assurances l'a déclaré à maintes reprises, la notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité. Dans ces trois domaines, elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé assurée, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entrent en ligne de compte pour l'assuré. La définition de l'invalidité est désormais inscrite dans la loi. Selon l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Pour les personnes exerçant une activité lucrative, l'invalidité est la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé assurée, des possibilités de gain sur un marché du travail équilibré qui entre en ligne de compte pour l'assuré (cf. art. 7 et 8 al. 1 LPGA; ATF 130 V 347 consid. 3.3, 119 V 470 consid. 2b, 116 V 249 consid. 1b). 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; ATF 130 V 348 sv. consid. 3.4).

b) En raison de l'uniformité de la notion d'invalidité, il convient d'éviter que pour une même atteinte à la santé, assurance-accidents, assurance militaire et assurance-invalidité n'aboutissent à des appréciations divergentes quant au taux d'invalidité. Cela n'a cependant pas pour conséquence de les libérer de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité. En aucune manière un assureur ne peut se contenter de reprendre simplement et sans plus ample examen le taux d'invalidité fixé par l'autre assureur car un effet obligatoire aussi étendu ne se justifierait pas. D'un autre côté, l'évaluation de l'invalidité par l'un de ces assureurs ne peut être effectuée en faisant totalement abstraction de la décision rendue par l'autre. A tout le moins, une évaluation entérinée par une décision entrée en force ne peut pas rester simplement ignorée. Elle doit au

contraire être considérée comme un indice d'une appréciation fiable et, par voie de conséquence, prise en compte ultérieurement dans le processus de décision par le deuxième assureur.

8. Dans le cas particulier, la SUVA n'a pas encore procédé à l'évaluation de l'invalidité du recourant. Le 23 août 2006 elle a avisé le Tribunal de céans qu'elle verserait des indemnités journalières jusqu'au 30 septembre 2006 sur la base d'une incapacité de travail de 100% et qu'elle n'avait pas encore rendu de décision. Dès lors, on ne se trouve pas dans la situation où l'office AI devrait se laisser opposer la présomption de l'exactitude de l'évaluation de l'invalidité effectuée par l'assureur-accidents. En particulier, l'OCAI n'est pas lié par la date à laquelle la SUVA a considéré que la situation était stabilisée, soit au 30 septembre 2006.

9. Le recourant considère que la décision litigieuse repose sur une appréciation erronée des faits.

   a) La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH - Bâle, 2000, p. 268).

   b) Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office de l'assurance-invalidité, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). Lors de l'évaluation de l'invalidité, 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 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 261 consid. 4 et les références).

   c) Pour apprécier la valeur probante d'un rapport médical, il importe que les points litigieux 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 du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

d) S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2)

10. En l'occurrence, l'octroi de la demie rente d'invalidité par l'intimé se fonde sur le rapport du Dr C_____ du 16 mars 2006, l'avis du SMR du 8 septembre 2005, confirmé par l'avis des 27 avril 2005/1er mai 2006. Ces documents concluent tous à une pleine capacité de travail du recourant dans une activité sédentaire. Le Dr C_____ estime que cette capacité de travail existe en tout cas depuis mars 2006, alors que le SMR a considéré qu'elle remonte au 1er juin 2004.

    Pour sa part, le recourant estime que l'OCAI n'a pas pris en compte ses atteintes à l'œil. Il conteste la valeur probante du rapport du Dr C_____ et des avis du SMR des 8 septembre 2005 et des 27 avril 2005/1er mai 2006, d'une part, en raison de son état de santé qui n'est pas encore stabilisé et, d'autre part, au motif que sa capacité de travail est de 0%. Il soutient que la date du 1er juin 2004 ne peut être retenue car elle se fonde sur le rapport du SMR du 8 septembre 2005 qui ne fournit aucune explication à ce sujet.

    Le Dr C_____ a établi son rapport du 14 mars 2006 sur la base d'un examen clinique du recourant en tenant compte de toutes les pièces médicales et radiologiques du dossier. Il a procédé à différentes mesures des membres inférieurs et supérieurs. Le médecin a répertorié toutes les lésions du recourant au niveau des genoux, de la main, de l'épaule et du dos en prenant le soin d'indiquer si des séquelles subsistaient et si elles étaient imputables à l'accident ou non. Les diagnostics posés sont clairs et ne divergent pas des autres documents versés au dossier. La vision défaillante du recourant a été évoquée en relation avec son incapacité d'exercer son activité antérieure. Le médecin a par ailleurs pris en considération les déclarations et plaintes de l'intéressé. Les limitations fonctionnelles du recourant ont été précisées. Son appréciation concluant notamment à la capacité de travail entière dans une activité sédentaire est motivée et convaincante. En définitive, le rapport médical du 14 mars 2006 remplit toutes

les conditions jurisprudentielles permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3a et 3b/ee).

Il n'y a donc pas lieu de s'écarter des conclusions du Dr C_____ concernant une pleine capacité de travail dans une activité sédentaire.

Il reste à examiner si le dossier contient des indices concrets attestant que cette capacité de travail existait déjà au 1er juin 2004. En d'autres termes, cette capacité de travail est-elle, à ce moment, médicalement établie?

Selon l'intimé, la date du 1er juin 2004 doit être confirmée car elle correspond à la capacité de travail que l'assuré avait dès la fin de son séjour à la "établissement hospitalier". Or, le rapport de la "établissement hospitalier" ne lui est d'aucun secours. En effet, cet avis n'a pas tenu compte de l'ensemble des lésions du recourant. Au surplus, la "établissement hospitalier" avait elle-même admis que la situation de l'assuré n'était pas encore stabilisée. Enfin, le rapport se limite à attester que la capacité de travail de l'assuré est de 0% dès le 24 avril 2004 "jusqu'à ce que le patient soit contacté par le gestionnaire du cas SUVA pour un repris progressif, dans un premier temps à but thérapeutique" sans se prononcer sur le taux ni sur le type d'activité exigibles. En revanche, dans son rapport médical du 14 février 2005 rendu à l'issue d'un examen clinique de l'assuré, le Dr B_____ a estimé que la situation du recourant était stabilisée, une indication à un traitement chirurgical au niveau des genoux gauche ou droit n'ayant pas été posée formellement. Il en a tiré la conclusion que le recourant n'était plus capable d'exercer son activité habituelle mais qu'en revanche, dans une activité de réceptionniste par exemple, il disposait d'une pleine capacité de travail "dès que possible". Il s'est fondé pour cela sur son rapport opératoire du 23 novembre 2003, sur une IRM du genou droit du 4 octobre 2004 et sur une description précise des limitations fonctionnelles de l'assuré. Il a estimé que l'activité proposée respectait ces limitations. Ce rapport médical remplit également tous les réquisits jurisprudentiels lui reconnaissant pleine valeur probante. Le médecin a tenu compte des déclarations et plaintes de l'assuré, son diagnostic est clair et ses conclusions motivées. De surcroît, ces dernières doivent être appréciées eu égard au fait qu'elles émanent du médecin traitant qui, selon l'expérience, 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. En outre, les conclusions du Dr B_____ rejoignent celles du Dr C_____ qui, suite à une investigation fouillée du dossier, ne s'est exprimé qu'en mars 2006. Les limitations fonctionnelles du recourant retenues par le Dr B_____ sont d'ailleurs comparables, voire identiques à celles décrites par le Dr C_____. Enfin, l'incapacité totale de travail dans une activité sédentaire invoquée par le recourant ne trouve aucun appui dans son dossier médical entre mars 2005 et mars 2006. En conséquence, il faut admettre que la capacité de travail résiduelle du recourant a perduré pendant cette période.

En conclusion, une activité adaptée sédentaire ne pouvait être exigée qu'à partir du 1er mars 2005. Partant, le recourant était en incapacité de travail totale du 28 septembre 2003 au 28 février 2005.

11. a) Le recourant soutient qu'il n'est pas raisonnablement exigible qu'il mette en valeur sa capacité de travail résiduelle, compte tenu de la situation sur le marché de l'emploi et du fait qu'il était à six mois de la retraite lorsque l'OCAI a rendu sa première décision. Il se réfère à l'arrêt N. du 26 mai 2003, I 462/02 (SVR 2003 IV n. 35 p. 107), dans lequel le Tribunal fédéral des assurances a considéré qu'il n'était pas raisonnablement exigible de l'assurée concernée qu'elle retrouvât une activité lucrative, vu son âge proche de celui de la retraite et son état de santé.

b) Savoir si l'on peut raisonnablement exiger d'un assuré qu'il exerce une activité lucrative et, si oui, laquelle, dépend de l'ensemble des circonstances concrètes, en particulier de ses caractéristiques physiques et psychiques ainsi que de sa situation professionnelle et sociale, considérées de manière objective (ATF 113 V 28 consid. 4a, 109 V 28; MAESCHI, Kommentar zum Bundesgestez über die Militärversicherung [MVG] vom 19. Juni 1992, no 38 ss p. 320). Néanmoins, l'assurance-invalidité n'a pas à répondre d'une diminution de la capacité de gain due essentiellement à d'autres facteurs qu'à une atteinte à la santé, tels que le manque de formation professionnelle, des difficultés linguistiques ou l'âge (facteurs étrangers à l'invalidité; cf. ATF 107 V 21 consid. 2c; VSI 1999 p. 247 consid. 1; Hardy LANDOLT, Das Zumutbarkeitsprinzip im schweizerischem Sozialversicherungsrecht, thèse 1995 Zurich, p. 276 ss; Béatrice BREITENMOSER, Invalidenversicherung quo vadis ?, Die Kausalitätsprobleme in der IV in : Psychische Störungen und die Sozialversicherungsrecht - Schwerpunkt Unfallversicherung, Berne 2002 p. 144 ss). Par ailleurs, la notion de marché du travail équilibré est une notion théorique et abstraite, qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité, de l'assurance-accidents ou de l'assurance militaire. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main-d'oeuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés. D'après ces critères, on déterminera si, dans les circonstances concrètes du cas, l'invalide a la possibilité de mettre à profit sa capacité résiduelle de gain et, si oui, dans quelle mesure (ATF 110 V 276 consid. 3b; RCC 1991 p. 332 consid. 3b).

c) L'arrêt N. cité par le recourant concernait une assurée qui, après avoir pratiqué pendant 40 ans la profession de coiffeuse, avait dû cesser d'exercer cette profession en raison d'une maladie professionnelle (allergies). Son état de santé lui imposait de travailler désormais dans un milieu aseptisé et elle se trouvait à deux ans de l'âge ouvrant droit à une rente de vieillesse. Dans ces conditions, le Tribunal fédéral des assurances a considéré que même dans un marché du travail équilibré, l'assurée n'avait pas de possibilités suffisantes de retrouver un emploi adapté à son état de

santé, à deux ans de l'âge de la retraite, d'autant que selon les rapports médicaux figurant au dossier, une adaptation de son poste de travail aurait vraisemblablement été nécessaire.

12. En l'espèce, il s'agit de savoir si on pouvait encore raisonnablement exiger du recourant qu'il exerçât une activité lucrative à partir du 1er mars 2005, soit à un an à l'âge de la retraite, au regard de l'ensemble des circonstances concrètes.

    Certes, d'un point de vue purement médical, rien ne faisait obstacle à la reprise d'une activité professionnelle adaptée, à l'instar de ce qu'ont retenu les rapports médicaux auxquels le Tribunal de céans a reconnu pleine valeur probante. Il est également vrai que sous l'angle de l'obligation de réduire le dommage, l'intimée savait déjà depuis février/mars 2005 (rapport du Dr B_____, contrôle oculaire), soit environ un an avant l'âge de sa retraite qu'il devait changer d'activité. Enfin, tout en admettant que la prise d'un nouvel emploi aurait pu s'avérer très difficile eu égard à l'âge du recourant, il sied de rappeler que l'AI n'a pas à se substituer à l'assurance-chômage lorsque la question de l'âge n'a pas d'incidence, comme dans le cas d'espèce, sur la détermination des activités lucratives qui peuvent encore entrer en ligne de compte. Qui plus est, selon la jurisprudence fédérale, au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services (formation niveau 4), on doit convenir qu'un certain nombre d'entre elles sont adaptées aux limitations fonctionnelles du recourant. Ce large éventail dispense ainsi l'OCAI de déterminer plus précisément une activité spécifique dans laquelle le recourant aurait pu mettre à profit sa capacité de gain.

    Toutefois, en l'occurrence, on ne saurait raisonnablement exiger du recourant qu'il reprît une activité professionnelle. En effet, à l'époque où sa capacité de travail avait été évaluée par divers spécialistes (en 2005), le recourant se trouvait à quelques mois de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse. Après avoir exercé la profession de conducteur durant une vingtaine d'années, il aurait eu de grandes difficultés à entreprendre une nouvelle activité légère et adaptée, sans formation complémentaire. De plus, ces difficultés étaient d'autant plus grandes qu'il aurait fallu lui dispenser un minimum de formation professionnelle pour un emploi d'emblée limité à une durée de quelques mois. Il ne fait ainsi guère de doute, que pour ces motifs déjà, les chances du recourant de retrouver un emploi durant les mois qui ont précédé l'ouverture du droit à la rente de vieillesse étaient minimes. En effet, le recourant a travaillé durant plus de vingt ans comme conducteur et n'a apparemment acquis aucune expérience professionnelle dans d'autres domaines. Les limitations décrites par les rapports des Drs C_____ et B_____ sont nombreuses. On ne pouvait ainsi raisonnablement exiger de cet assuré proche de l'âge de la retraite qu'il exerce une activité lucrative. Ce d'autant que la SUVA considérait que son état n'était pas encore stabilisé et qu'il lui fallait une éventuelle adaptation du poste de travail. Il est vrai que le SMR avait indiqué que le recourant

disposait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Cependant, dans leur rapport du 8 septembre 2005, les médecins du SMR avaient d'emblée considéré qu'une véritable reconversion n'entrait guère en ligne de compte en déclarant : "les MOP sont théoriquement exigibles, mais pratiquement l'assuré atteindrait l'âge AVS dans 6 mois". Au regard des critères énoncés ci-dessus, l'intimé aurait dû parvenir à la conclusion que le recourant n'était plus en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail car son âge rendait cette perspective illusoire.

13. Ainsi, alors que l'OCAI a jugé que l'assuré était en incapacité de travail totale du 28 septembre 2003 au 1er juin 2004, le Tribunal de céans considère que cette incapacité de travail a perduré jusqu'au 1er mars 2005, en raison de son état de santé et jusqu'au 1er mars 2006, compte tenu de son âge. En substance, le recourant a droit à une rente d'invalidité entière depuis le 1er septembre 2004 jusqu'au 1er mars 2006, date de l'ouverture de son droit à la rente de vieillesse.

    C'est donc à tort que l'intimée a nié au recourant le droit à une rente entière d'invalidité à partir du 1er septembre 2004.

14. En conséquence, le recours, bien fondé, doit être admis.

PAR CES MOTIFS,

LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Admet le recours.

3. Annule la décision de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE du 5 mai 2006 et condamne cet office à payer à Monsieur Mario M_____ une rente entière d'invalidité depuis le 1er mars 2004 jusqu'à l'ouverture de son droit à la rente de vieillesse.

4. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de 1'500 fr. à titre de participation à ses frais et dépens.

5. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

La greffière	La présidente
Nancy BISIN	Valérie MONTANI

La secrétaire-juriste

Marta TRIGO LAURIN

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