RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3000/2006 **ATAS/1163/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 2

du 19 décembre 2006

En la cause

Monsieur G_____, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître TAVERNIER Edmond	recourant

contre

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

Siégeant :Isabelle DUBOIS , Présidente;Doris WANGELER et Valérie MONTANI, Juges

EN FAIT

1. Monsieur G_____ (ci-après le recourant), né en février 1943, sans formation, a travaillé en tant que nettoyeur pour le compte de l'entreprise de nettoyage "Albinet Nettoyage" de 1996 à mai 2001.

2. En date du 28 mai 2001, le recourant a subi une lésion du nerf brachial gauche qui a entraîné une paralysie partielle mais prononcée du bras gauche. Cette lésion a été diagnostiquée comme étant consécutive à une injection de Valium dans le cadre d'une gastroscopie.

3. Par un courrier du 22 avril 2002 adressé au Dr A_____, FMH médecine interne, médecin traitant du recourant, le Dr B_____, spécialiste FMH en neurologie, a constaté suite à l'examen clinique qu'il subsistait une hypoesthésie dans le territoire du nerf brachial cutané interne gauche avec une douleur à la pression au pli du coude importante. Il lui semblait que le recourant était plus algique que lors de la consultation précédente.

4. Dans son rapport du 14 mai 2002, le Dr C_____, spécialiste FMH en chirurgie reconstructive FMH et chirurgie de la main, a constaté que la symptomatologie était clairement en rapport avec l'injection difficile réalisée au pli du coude gauche le 28 mai 2001, à l'occasion d'une gastroscopie. Le diagnostic était une lésion iatrogène et une hyperalgésie neurogène secondaire du nerf brachial cutané interne gauche. Selon ce médecin, des améliorations étaient possibles par désensibilisation et neurostimulation, et en cas d'échec du traitement préconisé par voie chirurgicale sans toutefois que l'on puisse supprimer toutes les douleurs.

5. En date du 28 juin 2002, le recourant a déposé une demande de rente d'invalidité suite à cette lésion auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI).

6. Dans son rapport du 29 juillet 2002, le Dr A_____ a posé comme diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail une hyperalgésie neurogène du brachial cutané interne gauche et un syndrome lombaire algique. Il a constaté une incapacité de travail de 100% dès le 17 mai 2001.

7. Dans son rapport du 18 novembre 2002, le Dr D_____, spécialiste FMH en radiologie, a conclu, suite à une échographie de l'épaule droite, à des éléments échographiques compatibles avec un conflit antéro-supérieur avec foyer de tendinose développé au sein du sus-épineux sur la surface articulaire posant le diagnostic différentiel également avec rupture partielle intra-tendineuse. Il a de même constaté une petite bursite associée.

8. Dans son appréciation médicale du 16 avril 2003, le Dr E_____, spécialiste FMH en chirurgie, médecin responsable de la SUVA, constate que la blessure de la

branche antérieure du nerf brachial cutané interne dans la zone du pli du coude est provoquée par l'aiguille d'injection lors des tentatives de ponction veineuse du 28 mai 2001. Il conclut que la complication qui en découle ne s'écarte pas énormément de la pratique courante en médecine et qu'elle n'implique pas, objectivement, de risques importants.

9. Dans son rapport du 14 juillet 2003, le Dr A_____ constate que l'état de santé de son patient est resté stationnaire.

10. Dans son rapport du 25 septembre 2003, le Dr C_____ a posé comme diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail une lésion du nerf cutané brachial interne au bras gauche, existante depuis le 28 mai 2001. Selon ce médecin, l'incapacité de travail du recourant est de 100% depuis mai 2001. Dans le rapport médical concernant les capacités professionnelles du même jour, il considère qu'on peut exiger du recourant qu'il exerce une autre activité, c'est-à-dire toute activité qui ne nécessite pas de force ni d'endurance particulière. Il pourrait, par exemple, exercer une activité en position assise huit heures par jour, en position debout quatre heures par jour, mais il doit avoir la possibilité d'alterner position assise et debout. L'utilisation de ses deux bras est possible, mais le médecin évoque la fatigue de la main gauche. Il ne pourrait pas travailler en hauteur ou sur une échelle, ni se déplacer sur sol irrégulier ou en pente. La capacité de travail raisonnablement exigible en tenant compte des limitations existantes serait de 80%, par exemple dans une profession telle que la surveillance ou la petite manutention.

11. Dans son rapport du 29 septembre 2003, le Dr F_____, spécialiste FMH médecine interne et maladies rhumatismales, a posé comme diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail un status post lésion du nerf brachial cutané interne, une tendinopathie de la coiffe des rotateurs droite ainsi que des lombalgies chroniques. Il atteste que l'incapacité de travail du recourant est de 100% depuis le mois de mai 2001. Il constate que la motivation de ce patient de soixante ans n'est pas évidente, et qu'une réinsertion professionnelles lui semble impossible.

12. Dans le rapport du service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après SMR) du 21 janvier 2004, le Dr H_____, médecin SMR, considère que dès le 25 septembre 2003, l'exigibilité est complète, avec rendement de 80%, dans une activité adaptée aux limitations décrites par le chirurgien consulté (le Dr C_____), spécialiste de ces lésions nerveuses. Il relève également que le rhumatologue (le Dr F_____) estime l'exigibilité nulle pour toute activité mais sans argumenter. Il souhaite un complément d'information.

13. En réponse au courrier du 27 janvier 2004 que lui a adressé l'OCAI, le Dr F_____ répond en date du 16 février 2004 que la capacité de travail du recourant est nulle en toute activité parce que ce patient présente plusieurs problèmes subjectivement très algiques, qu'il perçoit comme graves et invalidants,

auxquels s'ajoute une motivation minime, à l'âge de soixante ans. Il considère donc que toute tentative de réinsertion/reconversion est vouée à l'échec.

14. Le recourant a subi des examens complémentaires le 21 mai 2004 auprès du Dr I_____, radiologue FMH. Celui-ci a relevé à l'échographie de l'épaule droite une déchirure transfixante du tendon du sus-épineux et du sous-épineux sans rétraction tendineuse.

15. Dans son rapport du 8 juin 2004, la Dresse J_____, médecine interne-rhumatologie FMH, a posé comme diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail des cervico lombalgies chroniques à infliger dans le cadre d'un très probable trouble somatoforme douloureux, une douleur de l'épaule droite avec une baisse d'abduction active sur tendinopaltrie sus-épineux, rupture partielle, ainsi qu'un état dépressif sous-jacent. Elle ne se prononce pas sur l'incapacité de travail du recourant car elle ne l'a vu que depuis fin mars 2004. Dans l'annexe de son rapport, elle mentionne qu'une activité légère est envisageable, à raison de quatre heures par jour, mais qu'il ne faut pas de port de charge, ni avoir le bras en l'air, ni rester dans une position prolongée. Il faudra s'attendre à une diminution du rendement de 50% au moins.

16. Dans son rapport du 15 octobre 2004, le Dr B_____, spécialiste FMH en neurologie, signale que l'examen neurologique est pratiquement inchangé avec toujours des troubles sensitifs neurogènes dans le territoire du nerf brachial cutané interne gauche. L'examen électroneuromyographie montre cette fois la présence d'une réponse de ce nerf, absente lors des premiers examens. La réponse est d'amplitude pratiquement normale avec un potentiel un peu désynchronisé et une vitesse de conduction diminuée comme on le voit lorsqu'il y a eu repousse nerveuse.

17. Dans son rapport du 2 novembre 2004, le Dr C_____ constate que la situation est restée inchangée et que le recourant présente des douleurs chroniques de nature neurogène et un état dépressif. Cet état de fait confirme son diagnostic initial. De plus, l'intervention chirurgicale éventuellement envisagée en 2002 ne lui semble plus indiquée.

18. Dans le rapport d'examen du SMR du 17 janvier 2005, le Dr H_____, médecin SMR, et le Dr K_____, médecin-chef adjoint SMR, indiquent que le recourant souffre de lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs banals et d'une tendinopathie de la coiffe des rotateurs droite. Ils constatent que le début de l'incapacité de travail durable date du 17 mai 2001. Dès cette date, la capacité de travail exigible pour le recourant, dans son activité habituelle comme nettoyeur, est de 0%. En revanche, dans une activité adaptée, sa capacité de travail est de 100%. Il pourrait exercer une activité légère avec alternance des positions, sans port ou levage de charges supérieures à 5-10 kg avec le membre supérieur droit, un travail à

hauteur d'établi et pas au-delà de l'horizontale des épaules. Se référant à l'appréciation médicale de la SUVA du 16 avril 2003, ils considèrent que dès le 25 septembre 2003, en théorie, le recourant est apte à la réadaptation. Mais selon ces médecins, vu l'âge de l'assuré, son ressenti d'invalide, son parcours professionnel et l'évocation d'un trouble somatoforme, des mesures de réadaptation apparaissent non pertinentes et ne devraient pas être envisagées.

19. Dans son rapport du 22 février 2005, la division de réadaptation professionnelle propose de mettre le recourant au bénéfice d'une rente entière basée sur un degré d'invalidité de 100% du mois de mai 2002 au mois de décembre 2003. En effet, dès le 25 septembre 2003, le recourant peut théoriquement exercer une activité adaptée qui lui permettrait de réaliser un revenu de 46'481 fr. La perte de gain qui en résulte est de 12%, ce taux est insuffisant pour maintenir le droit à une rente.

20. Par deux décisions du 10 mai 2005, l'OCAI reconnaît au recourant le droit à une rente entière dès le mois de mai 2002 jusqu'au mois de décembre 2003. En effet, depuis septembre 2003, une activité adaptée, respectant ses limitations fonctionnelles, pouvait être raisonnablement exigible. Le taux d'invalidité de 12% qui résulte de la comparaison des revenus est en dessous du seuil minimum pour avoir droit à une rente. Par conséquent, celle-ci ne lui a plus été versée dès janvier 2004, soit trois mois à compter de l'amélioration de son état de santé.

21. Dans le rapport du 26 mai 2005, Monsieur L_____, psychologue en psychothérapie comportementale et cognitive, fait savoir que le recourant lui a été adressé le 5 avril 2005 par son médecin traitant le Dr A_____ en raison d'un état dépressif. Il constate que le recourant développe depuis environ un an un état dépressif sévère. Le psychologue relève également un trouble panique avec agoraphobie débutant. Il considère qu'une reprise de l'activité professionnelle est impossible.

22. En date du 6 juin 2005, le recourant a formé opposition aux deux décisions de l'OCAI, au motif qu'elles limitent dans le temps son droit à une rente d'invalidité au 31 décembre 2003. Il affirme avoir droit à une rente entière jusqu'à ce qu'il puisse prétendre à la rente vieillesse de l'assurance-vieillesse et survivants (ci-après AVS). Ses médecins et lui-même sont étonnés de la décision. Il souligne que l'OCAI n'a jamais souhaité ni l'examiner, ni s'entretenir avec lui. Selon le recourant, son incapacité de travail est totale. Il signale d'autre part qu'il est âgé de 62 ans et qu'il n'a pas travaillé ces quatre dernières années. Il ne conçoit pas quelle activité il pourrait exercer et quel employeur l'engagerait à ces conditions. Ensuite, il est surpris que l'OCAI ne lui ait jamais suggéré des mesures de réadaptation telle que prévue par la loi. Enfin, il reproche à l'intimé de n'apporter aucune indication quant au type de profession dans lequel il pourrait travailler.

23. En réponse du courrier du 30 juin 2005 de l'OCAI, le 2 août 2005, le Dr A_____ rappelle que l'état dépressif du recourant s'est manifesté pour la première fois en novembre 2002. Il faisait alors état de troubles de sommeil, d'une diminution de l'humeur, d'agressivité. Au mois de mars 2005, l'état dépressif s'est clairement aggravé. Le recourant a été adressé à Monsieur L_____, psychologue, pour une prise en charge qui se poursuit à la date du courrier.

24. Par décision du 8 août 2005, l'Office cantonal de l'emploi déclare le recourant inapte au placement et lui nie le droit aux prestations de l'assurance-chômage dès le 14 mars 2005.

25. Sur avis du SMR, l'OCAI a ordonné une expertise pluridisciplinaire du recourant, auprès du Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ci-après COMAI).

26. Le COMAI a examiné le recourant le 6 décembre 2005. Le rapport d'expertise du 10 février 2006 a été établi par le Dr M_____, rhumatologie FMH, le Dr N_____, psychiatrie-psychothérapie FMH et le Dr O_____, neurologie FMH. Ces experts ont procédé à une anamnèse personnelle, actuelle, familiale, et à la description des plaintes du recourant. Ils ont procédé à un examen somatique, neurologique et psychiatrique. Dans l'appréciation du cas, ils concluent que, sur le plan somatique, il existe une expression douloureuse au niveau du membre supérieur gauche, principalement de l'avant-bras. Ils ne constatent pas de trouble objectif rhumatologique de la mobilité du coude gauche, ni d'élément pouvant irradier du rachis cervical ou dorsal. Quant au problème de l'épaule droite, ils considèrent que probablement il existe une rupture partielle profonde du sus-épineux mise en évidence à l'échographie, comme on peut en rencontrer fréquemment chez un homme de son âge, sans handicap fonctionnel majeur, mais avec l'expression algique importante. De plus, ils relèvent des lombalgies non-spécifiques avec tests de Waddell positifs, et des gonalgies sans substrat anatomique. Enfin, ils ne constatent aucun élément entraînant une incapacité de travail du point de vue rhumatologique pur. Sur le plan neurologique, un examen clinique permettant de trouver une probable atteinte partielle modérée et dysesthésique du nerf brachial cutané interne a été effectué. Il n'en ressort aucune atteinte significative du système nerveux périphérique et central. Ils remarquent une probable atteinte partielle séquellaire du nerf brachial cutané interne ne justifiant pas de mesures thérapeutiques particulières dans le contexte global. Selon les experts, cette atteinte ne peut être considérée comme entraînant une incapacité de travail significative dans une activité ne nécessitant pas des mouvements répétitifs et de force du membre supérieur gauche. Enfin, sur le plan psychique, les experts relèvent des troubles du comportement (attitudes conflictuelles, alcoolisme important), phobiques (claustro/agoraphobie), des signes dépressifs, quelques idéations morbides, un sommeil perturbé, probablement en raison des problèmes d'alcool ainsi que de la ronchopathie associée. Ils rappellent également que

"l'histoire médicale a commencé avec une banale injection au coude, celle-ci a été suivie de douleurs locales qui sont devenues plus étendues, une atteinte partielle du nerf brachial cutané a été diagnostiquée. Actuellement au centre de la problématique se situe l'alcoolisme qui est devenu chronique. L'état dépressif est d'intensité moyenne, il est difficile de juger de l'importance des troubles phobiques, qui sont décrits comme débutant par le psychologue traitant. L'assuré mentionne claustrophobie et agoraphobie, se manifestant dans le bus et les commerces, mais il se promène, va au bistrot retrouver des copains. Il mène par ailleurs une vie passive, ne faisant aucun effort, ce qu'il reconnaît lui-même. L'état dépressif d'intensité au plus moyenne, les troubles phobiques relativement circonscrits, en présence d'un alcoolisme important ne justifient pas d'une incapacité qu'aucune mesure hospitalière n'a été proposée et/ou acceptée par l'assuré."

En réponse aux questions de l'assurance-invalidité, les experts posent comme diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail un status après lésion partielle du nerf brachial cutané gauche avec possible participation initiale du nerf médian lors d'une injection au pli du coude effectuée le 28 mai 2001, et comme diagnostics n'ayant aucune répercussion sur la capacité de travail, une tendinose du sus-épineux droit, présente depuis le mois d'octobre 2001, des lombalgies non spécifiques, présentes depuis 2002, un état dépressif récurrent d'intensité mineure à moyenne, présent depuis peut-être 2002, des troubles phobiques qui auraient commencé en 2005, et enfin un alcoolisme secondaire qui aurait commencé en 2002.

En ce qui concerne l'influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici, ils conviennent que sur le plan ostéoarticulaire, il n'y a pas de limitation de l'activité exercée jusqu'ici, et que sur le plan psychique, il n'y a aucun effet objectif. En revanche, sur le plan neurologique, il est possible qu'il existe une limitation modérée de la capacité de travail dans l'activité de nettoyeur si celle-ci comporte des mouvements répétitifs et de force du membre supérieur gauche. Cette limitation pourrait entraîner une perte de rendement estimable globalement à 25%. Ils concluent par conséquent que sur le plan ostéoarticulaire et psychique, la capacité de traitement est complète, et sur le plan neurologique, suite à l'atteinte du nerf brachial cutané interne gauche, la capacité résiduelle de travail dans l'activité exercée jusqu'ici est complète avec une perte de rendement de 25%. L'activité exercée jusqu'ici est encore exigible à 100%, sur les plans psychique et ostéoarticulaire, avec un rendement de 100%, et sur le plan neurologique, à 100% avec un rendement de 75%. Sur le plan neurologique, depuis l'injection effectuée au niveau du pli du coude le 28 mai 2001, la capacité de travail a été nulle pendant une période d'un an au maximum.

En raison de ses troubles psychiques, l'assuré est capable d'un point de vue objectif de s'adapter à son environnement professionnel, mais subjectivement il ne l'est pas. Concernant la question sur la possibilité d'améliorer la capacité de travail au poste

occupé jusqu'à présent, les experts considèrent que théoriquement, une adaptation du poste de travail autorisant une activité plus légère ne nécessitant pas l'utilisation de force et répétitive du membre supérieur gauche pourrait conduire à une capacité de travail complète, un plein temps avec un rendement de 100%.

Selon les experts, d'autres activités sont théoriquement exigibles de la part de l'assuré. Toute activité ne nécessitant pas le port de charges lourdes, l'utilisation répétitive et de force du membre supérieur gauche conduirait à une capacité de travail de 100%, à plein temps avec un rendement de 100%. Il s'agit là d'une appréciation théorique vu le contexte global. Les experts considèrent qu'il n'est pas nécessaire d'envisager des mesures de réadaptation professionnelle.

27. Dans le rapport médical du 15 mars 2006, le Dr P_____, médecin du SMR, a posé comme diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail l'état dépressif récurrent d'intensité mineure à moyenne, lombalgies non spécifiques, tendinose sus-épineux droite, trouble phobique. Il constate également que le recourant souffre d'alcoolisme. Selon ce médecin, la capacité de travail est redevenue complète avec la perte de rendement de 25% un an après la lésion initiale du 28 mai 2001. Cette perte de rendement de 25% est due aux séquelles neurologiques entraînant une limitation partielle dans une activité nécessitant des mouvements répétitifs de force du membre supérieur gauche, mais dans une activité adaptée, ne nécessitant pas le port de charges lourdes ou l'utilisation répétitive de force du membre supérieur gauche, la capacité théorique est de 100% pour un travail à plein temps et avec un rendement de 100%.

28. Par décision sur opposition du 4 juillet 2006, l'intimé a confirmé sa décision du 10 mai 2005, au motif que ni le SMR, ni le COMAI ne permettaient de modifier ses conclusions quant à la capacité de travail totale dans une activité adaptée.

29. Par courrier du 17 août 2006, le recourant a interjeté recours auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales (ci-après le Tribunal), concluant principalement à l'annulation des décisions litigieuses, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité jusqu'à la rente vieillesse et subsidiairement au droit à une rente partielle d'invalidité, avec suite des dépens. Il fait valoir que son état de santé n'a connu aucune amélioration depuis plus de cinq ans, au contraire il s'est même péjoré. Les faits contredisent l'analyse et les projections de l'OCAI. Les nombreux rapports médicaux confirment de manière unanime son état de santé inquiétant. Ils concluent tous à l'existence d'une incapacité de travail totale. Il signale que l'OCAI n'a jamais souhaité l'examiner ni s'entretenir avec lui avant de rendre les deux décisions du 10 mai 2005. Il mentionne également que le rapport rédigé par le COMAI et effectué suite à son opposition du 6 juin 2005 ne lui a jamais été communiqué. Il reproche à l'OCAI que la décision du 4 juillet 2006 ne définit en rien le type d'activités envisageables compte tenu des facteurs liés à sa personne et à sa situation géographique, qu'elle repose sur une appréciation abstraite et qu'elle ne lui propose

aucune mesure d'ordre professionnel concrète qui tienne compte d'une appréciation médicale qu'elle est seule à défendre. Enfin, il s'est plaint de la lenteur de la procédure administrative.

30. Dans sa réponse du 8 septembre 2006, l'intimé conclut au rejet du recours et au maintien de sa décision sur opposition du 4 juillet 2006. Quant à la forme, il admet que le droit d'être entendu du recourant n'a pas été respecté au cours de la procédure d'opposition, et que celui-ci n'a pas eu la possibilité de s'exprimer sur le rapport d'expertise du COMAI du 10 février 2006. Conscient que cette violation est susceptible d'entraîner l'annulation de la décision sur opposition attaquée, il propose, malgré cela, au Tribunal de céans d'entrer en matière sur le fond. En effet, étant donné que le recourant a un intérêt légitime à être fixé rapidement sur ses droits à des prestations, le principe de célérité de la procédure devrait l'emporter et amener le Tribunal de céans à se prononcer sur les droits du recourant quant au fond. En ce qui concerne les motifs, il a renvoyé à la décision sur opposition du 4 juillet 2006. De plus, il a mis en exergue les conclusions du rapport d'expertise du COMAI. Il en est ressorti que concernant la capacité de travail du recourant, les experts ont indiqué à l'OCAI qu'il disposait d'une capacité de travail complète, sous réserve d'une baisse de rendement de 25%, dans son ancienne activité de nettoyeur. Une activité adaptée aux limitations du membre supérieur gauche est par ailleurs jugée exigible à hauteur de 100% sans baisse de rendement. Les spécialistes du COMAI précisent en outre que cette capacité de travail a été recouvrée par le recourant au plus tard un an après le 28 mai 2001, soit en mai 2002. L'OCAI constate donc qu'il aurait pu procéder à une reformatio in pejus des décisions du 10 mai 2005, suite à ce rapport d'expertise, mais au lieu de cela, lors de sa décision sur opposition, il s'est borné à confirmer les décisions précédentes qui sont plus favorables au recourant en ce qui concerne son droit à la rente. Par ailleurs, l'intimé signale que c'est à bon droit qu'il a refusé au recourant les mesures professionnelles, étant donné sa conviction d'être en incapacité totale de travail. Enfin, le bénéfice du service de placement lui a été proposé mais le recourant devait démontrer une motivation réelle à la reprise d'une activité correspondant à l'exigibilité médicale. Selon l'intimé, cette condition n'était pas remplie, vu l'argumentation développée par le recourant dans son recours du 17 août 2006.

31. Par ordonnance du 29 septembre 2006, le Tribunal de céans a transmis copie de la réponse de l'OCAI au recourant, l'a informé que les pièces produites étaient à disposition pour consultation et lui a fixé un délai au 30 octobre 2006 pour se déterminer sur l'expertise du COMAI, réservant la suite de la procédure.

32. Par écriture complémentaire du 27 octobre 2006, le recourant constate tout d'abord que le COMAI, ainsi que l'OCAI sont parvenus à une conclusion médicale tout à fait surprenante et contradictoire par rapport aux différents avis médicaux qui sont mentionnés dans l'expertise du COMAI, et qui n'ont pas été discutés. Ensuite, l'expertise du COMAI n'a fait état d'aucune appréciation globale de l'état de santé

du recourant. Ses conclusions sont lacunaires. Le recourant note également que l'expertise du COMAI a été établie en début 2006, soit près de deux ans après la date du 31 décembre 2003 qui marque, pour l'intimé, la fin du droit à sa rente d'invalidité. En revanche, il remarque que l'expertise du COMAI fait mention du fait que le recourant souffre, sur un plan neurologique, d'une certaine gêne dans l'accomplissement des mouvements nécessaires à une activité de nettoyeur. Par ailleurs, le rapport d'examen SMR du 15 mars 2006, établi par le Dr P_____, traite de la question de la capacité de travail du recourant. Il se fonde sur les conclusions de l'expertise du COMAI, donc son appréciation de l'état de santé de celui-ci résulterait d'un diagnostic indirect. Dans ce rapport, le Dr P_____ a estimé que le recourant était en mesure d'exercer un travail à 100% dans une activité adaptée. Il a précisé que l'invalidité dont le recourant souffrait ne pouvait être source que d'une diminution de 25% de sa capacité de travail comme nettoyeur. Le recourant tient à signaler que le Dr P_____ ne l'a jamais examiné directement. Le rapport de ce médecin n'a jamais fait état d'une appréciation globale de l'état de santé du recourant et n'a tenu compte à aucun moment de sa situation personnelle. Enfin, il rappelle n'avoir eu accès aux documents sur lesquels l'OCAI a fondé sa décision qu'après avoir déposé son recours. Il confirme pour le surplus ses conclusions.

33. Par courrier du 6 novembre 2006, l'intimé a signalé que les griefs soulevés par le recourant dans son écriture du 27 octobre 2006 n'étaient pas susceptibles de modifier son appréciation du dossier, en raison de l'absence de nouveaux éléments médicaux.

34. Après transmission de cette écriture au recourant, par pli du 8 novembre 2006, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (ci-après 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 des contestations prévues à l'article 56 LPGA qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959.

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

3. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (ci-après 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, l'essentiel des faits juridiquement déterminants s'est produit sous la LPGA, en particulier, une partie des investigations et des rapports médicaux, les décisions et l'expertise du COMAI. La LPGA s'applique donc au cas d'espèce. Par ailleurs, les règles en assurance-invalidité sont celles de la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959, dans sa teneur au 1er janvier 2004 (ci-après LAI).

4. Interjeté dans les forme et délai légaux, le recours est recevable, conformément aux art. 56, 59 et 60 LPGA.

5. Le litige porte sur la question de savoir si c'est à juste titre que l'OCAI a limité le droit à la rente entière du recourant au 31 décembre 2003.

6. Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la réduction ou l'augmentation de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 41 LAI, dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2002 (ATF 125 V 417 s. consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2), respectivement de l'art. 17 LPGA depuis le 1er janvier 2003 (ATFA non publié du 19 octobre 2005, I 38/05). Aux termes de cette disposition (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002), si l'invalidité d'un bénéficiaire de rente se modifie de manière à influencer le droit à la rente, celle-ci est, pour l'avenir, augmentée, réduite ou supprimée. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver la révision de celle-ci (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2, 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

   Selon l'art. 88a alinéa 1 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961, dans sa teneur au 1er mars 2004 (ci-après RAI), si la capacité de gain ou la capacité

d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

7. 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. 7, 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). 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. 28 al. 2 LAI).

   En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version antérieure au 1er janvier 2004), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% 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; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40% au moins. Dès le 1er janvier 2004, 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.

   En ce qui concerne le droit à une rente, la survenance de l'invalidité se situe au moment où celui-ci prend naissance, conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, soit dès que l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 pour cent au moins (cf. art. 7 LPGA) ou dès qu'il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 pour cent au moins pendant une année sans interruption notable (cf. art. 6 LPGA), mais au plus tôt le 1er jour du mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 2 LAI; ATF 126 V 9 consid. 2b et les références).

   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 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2, 105 V 158 consid. 1; ATFA non publié du 19 avril 2002, I 554/01).

   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 incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux sont raisonnablement exigibles de la part de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1).

8. 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 (ATF 125 V 351 consid. 3).

   De plus, l'on peut et doit attendre d'un expert médecin, dont la mission diffère ici clairement de celle du médecin traitant, notamment qu'il procède à un examen objectif de la situation médicale de la personne expertisée, qu'il rapporte les constatations qu'il a faites de façon neutre et circonstanciée, et que les conclusions auxquelles il aboutit s'appuient sur des considérations médicales et non des jugements de valeur. Enfin, son rapport d'expertise sera rédigé de manière sobre et libre de toute qualification dépréciante ou, au contraire, de tournures à connotation subjective, en suivant une structure logique afin que le lecteur puisse comprendre le cheminement intellectuel et scientifique à la base de l'avis qu'il exprime (voir à ce sujet MEINE, L'expert et l'expertise - critères de validité de l'expertise médicale, p. 1 ss., ainsi que PAYCHÈRE, Le juge et l'expert - plaidoyer pour une meilleure compréhension, page 133 ss., in : L'expertise médicale, éditions Médecine & Hygiène, 2002; également ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

   En outre, lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb).

   Selon la jurisprudence, le fait que le médecin consulté, praticien indépendant, tel que l'expert du COMAI, soit lié à l'assureur par des relations de service ne constitue pas à lui seul un motif suffisant pour conclure à un manque d'objectivité ou d'impartialité de sa part. Il faut qu'il existe des circonstances particulières qui justifient objectivement la méfiance de l'assuré pour ce qui est de l'impartialité de

l'appréciation. Le Tribunal fédéral des assurances a ainsi jugé que l'indépendance et l'impartialité des médecins du COMAI étaient garanties déjà avant l'entrée en vigueur de leur nouveau statut du 1er juin 1994 (ATF 123 V 175 ; cf. également RAMA 1999 n° U 332 p. 193).

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).

9. En l'espèce, l'OCAI a reconnu une invalidité donnant droit au recourant à une rente pour la période allant du mois de mai 2002 au mois de décembre 2003. En effet, dès le mois de septembre 2003, il considère qu'il y a eu une amélioration de l'état de santé du recourant, suite au rapport du Dr C_____ datant du 25 septembre 2003, évaluation confirmée par la SUVA. Le recourant affirme que son état de santé ne s'est pas amélioré depuis 2001, ses médecins sont du même avis et que par conséquent l'OCAI ne devait pas limiter sa rente pour la période du mois de mai 2002 au mois de décembre 2003. Il conteste par conséquent toute valeur probante au rapport du COMAI.

   Le recourant souffre d'une hyperalgésie neurogène du brachial cutané interne gauche, d'un syndrome lombaire algique, d'une tendinose du sus-épineux droit et d'un état dépressif.

   Suite à ces diagnostics, de nombreux rapports de médecins concluent que le recourant est dans une incapacité de travail de 100% dans son activité habituelle en tant que nettoyeur. Le Dr A_____, le médecin traitant, et le Dr F_____ considèrent que l'incapacité de travail du recourant est totale, dans n'importe quelle activité. En revanche, le Dr C_____ mentionne, dans son rapport du 25 septembre 2003, une capacité de travail de 80% et les médecins du SMR une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée. Selon eux, le recourant pourrait exercer une activité légère avec alternance des positions, sans port ou levage de charges supérieures à 5-10 kg avec le membre supérieur droit, un travail à hauteur d'établi et pas au-delà de l'horizontale des épaules. Suite au rapport du Dr C_____ du 25 septembre 2003, l'OCAI en déduit une amélioration de l'état de santé du recourant.

   Par ailleurs, le COMAI pose comme diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail uniquement un status après lésion partielle du nerf brachial cutané gauche avec possible participation initiale du nerf médian. Il conclut, en tenant compte de l'anamnèse et des plaintes du recourant, que sur le plan

ostéoarticulaire et sur le plan psychique, il n'existe aucune limitation dans l'activité exercée par le recourant, et que donc la capacité de travail sur ces deux plans est complète. Sur le plan neurologique, les experts estiment qu'après une période d'un an au maximum, soit du mois de mai 2001 au mois de mai 2002, la capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici est redevenue complète avec néanmoins une perte de rendement estimable globalement à 25%, suite à l'atteinte du nerf brachial cutané interne gauche. Dans une activité adaptée, qui serait plus légère et ne nécessiterait pas l'utilisation de force et répétitive du membre supérieur gauche, les experts déclarent que la capacité de travail serait complète, à un plein temps et sans baisse de rendement. Dans leur rapport, ils indiquent par ailleurs que les mesures de réadaptation professionnelle ne sont pas nécessaires dans le cas d'espèce.

Le Tribunal constate que le rapport d'expertise du COMAI effectué le 10 février 2006 répond aux exigences jurisprudentielles susmentionnées permettant de lui reconnaître pleine force probante. En effet, les experts ont pris en considération les plaintes exprimées par le recourant, le rapport a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse. La description du contexte médical ainsi que l'appréciation globale du cas sont claires et détaillées. Bien que dans un premier temps chaque spécialiste se soit déterminé de son côté, ils ont par la suite procédé à une appréciation globale du cas en tenant compte des trois expertises, contrairement à ce que prétend le recourant. Le rapport se fonde sur un examen somatique, neurologique et psychiatrique. Les conclusions des experts sont bien motivées, ils arrivent à des résultats convaincants. Cette expertise est donc complète, claire et bien motivée.

Par conséquent, le Tribunal n'a aucune raison de s'écarter des conclusions des experts du COMAI, selon lequel la capacité de travail du recourant est complète, à un plein temps et sans baisse de rendement, dans une activité adaptée, tenant compte des limitations évoquées par les experts. Les rapports du Dr A_____, médecin traitant, et du Dr F_____ seront écartés car ils ne sont pas suffisamment motivés. Le médecin traitant considère que son patient est dans l'incapacité totale de travailler et que son état de santé ne va pas s'améliorer à brève échéance, sans donner des moyens de preuves convaincants. Cet avis est à prendre avec réserve, vu la jurisprudence susmentionnées. Le Dr F_____ conclut également à une incapacité totale de travailler en toute activité. Ses arguments sont que le recourant n'est pas très motivé, vu son âge, et qu'il présente plusieurs problèmes subjectivement très algiques. Ce médecin ne parle pas de la capacité de travail d'un point de vue objectif. Quant au Dr C_____, il retient les mêmes diagnostics que le COMAI et ne varie que quant à la capacité résiduelle de travail, qu'il estime être de 80%. Cependant, comme mentionné ci-dessus, l'évaluation du COMAI sera suivie car elle est convaincante. A noter que s'agissant d'une activité de nettoyeur, le COMAI a retenu une baisse de rendement de 25%.

10. Il reste donc à déterminer le taux d'invalidité du recourant.

Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Cette 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 130 V 343 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 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 consid. 4.1, 128 V 174).

Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. 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'invalide peut être évalué sur la base, notamment, des données salariales publiées par l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). 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/aa). Selon la jurisprudence, certains empêchements propres à la personne de l'invalide exigent que l'on réduise le montant des salaires ressortant des statistiques. Ces déductions ne doivent pas être effectuées de manière schématique. 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. L'administration doit motiver brièvement la déduction opérée. Quant au juge, il ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration (ATF 126 V 75 consid. 5; VSI 2002 p. 70).

Dans un arrêt du 16 août 2006 (ATFA non publié, I 357/05, consid. 4.4), le Tribunal fédéral des assurances (ci-après TFA) a déclaré qu'un abattement de 15%, fixé par l'OCAI, était justifié pour une personne née en 1957, manœuvre sur chantier et ayant comme handicap une lésion à la main gauche. De même, dans un arrêt du 24 octobre 2005 (ATFA non publié, I 275/05, consid. 5.2), le TFA a admis une réduction de 15% pour une personne née en 1944, maçon dans un premier temps puis contremaître, atteinte de problèmes au bras droit. Par ailleurs, le TFA a indiqué, dans un arrêt du 29 août 2005 (ATFA non publié, I 422/04, consid. 5), qu'un abattement de 20% était conforme à la jurisprudence pour une personne née en 1944, manœuvre dans le bâtiment et atteinte de divers problèmes physiques la limitant dans ses mouvements.

11. En l'espèce, pour le salaire d'invalide, l'OCAI s'est référé à l'Enquête Suisse sur la Structure des salaires 2002, en se basant sur une activité simple de niveau 4, tous secteurs confondus, à 100%. On obtient un revenu mensuel de 4'557 fr., et annuel de 54'684 fr. L'OCAI a ensuite appliqué une déduction de 15% pour tenir compte de l'activité légère seule possible, des limitations fonctionnelles et de l'âge.

    Il compare le revenu exigible ainsi obtenu de 46'481 fr. au revenu réalisé par le recourant en 2002, selon l'attestation de l'employeur, de 52'800 fr., soit le calcul suivant:

    $$\frac{(52'800 - 46'481) * 100}{52'800} = 11.97\%$$

    Le taux d'invalidité est de 12%, soit bien inférieur au taux exigé pour avoir droit à une rente d'invalidité.

    Ce calcul ne prête pas le flanc à la critique. Même en admettant un abattement de 20%, qui pourrait mieux correspondre dans le cas d'espèce, selon la jurisprudence citée, le taux d'invalidité resterait en dessous du seuil minimum, selon le calcul suivant:

    $$\frac{(52'800 - 43'747.20) * 100}{52'800} = 17.45\%$$

    Par conséquent, l'OCAI a limité à juste titre la rente d'invalidité du recourant au 31 décembre 2003, étant donné que le taux d'invalidité n'est pas suffisant pour prétendre un droit à une rente d'invalidité.

    A noter que selon le COMAI la capacité de travail est entière depuis le mois de mai 2002 déjà, ce qui exclurait tout droit à la rente. L'OCAI a cependant renoncé, dans sa décision sur opposition, à opérer une reformatio in pejus. A ce propos, on relève que le Tribunal pourrait modifier la décision attaquée en justice au détriment du recourant. Dans ce cas, le recourant doit être averti de cette intention et avoir l'occasion de s'exprimer. Il doit également être rendu attentif à la possibilité de retirer son recours (ATF 122 V 166 consid. 2a et les arrêts cités). Cette modification de la décision ne constitue qu'une faculté (ATF 119 V 249 consid. 5). En l'espèce, le Tribunal renonce à en faire usage, au vu des circonstances du cas.

12. Au vu de ce qui précède, il en résulte que les décisions de l'OCAI du 10 mai 2005 et du 4 juillet 2006 sont fondées. Par conséquent, le recours doit être rejeté.

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. Le rejette.

3. L'émolument, fixé à 200 fr., est mis à la charge du recourant.

4. 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
Yaël BENZ	Isabelle DUBOIS

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