REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3740/2006 **ATAS/1312/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 1

du 20 novembre 2007

En la cause

Monsieur S_____, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître BRATSCHI Gilbert	recourant
contre	
OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, GENEVE	intimé

Siégeant : Doris WANGELER, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Norbert HECK, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur S_____, ressortissant espagnol né le 14 février 1948, a travaillé du 3 janvier 1978 au 31 décembre 2000 chez X_____ SA en qualité de monteur en transformateurs.

2. Le 23 janvier 1996, il a été victime d'un accident de travail en heurtant violemment un radiateur du transformateur avec son coude droit. Le diagnostic posé était celui de neurapraxie partielle cubitale (interne) droite, avec des paresthésies, une tuméfaction du coude ainsi qu'une diminution de la force de préhension de la main droite. Le cas a été pris en charge par la SUVA.

3. L'assuré a alterné des périodes d'incapacité de travail partielle et totale dès le mois de mars 2000 et a cessé toute activité lucrative depuis le 29 août 2000. Il été licencié avec effet au 31 décembre 2000 pour raisons économiques.

4. Dans un rapport de consultation du 15 septembre 2000, le Dr A_____, spécialiste en chirurgie de la main, a retenu le diagnostic d'épicondylalgie gauche et a prolongé l'arrêt de travail ordonné par le Dr B_____, chiropraticien.

5. Une intervention chirurgicale a été pratiquée par le Dr A_____ le 31 janvier 2001 au niveau du coude droit.

6. En date du 8 juin 2001, le Dr A_____ a adressé son patient au Dr C_____, spécialiste en chirurgie de la main, lequel a conclu qu'il ne pouvait reprendre son ancienne activité mais conservait un certain potentiel qu'il convenait d'évaluer par le biais d'une expertise.

7. L'assuré a déposé une demande de prestations d'assurance invalidité le 28 mars 2002 en raison d'une épicondylalgie chronique et d'une atteinte du tunnel carpien.

8. Dans son rapport à l'Office cantonal de l'assurance invalidité (ci-après l'OCAI) du 22 avril 2002, le médecin traitant, le Dr D_____, médecin-adjoint au Département de chirurgie, unité de chirurgie de la main, a confirmé le diagnostic d'épicondylalgie bilatérale opérée à droite et de syndrome du tunnel carpien bilatéral existant depuis 1996. L'assuré souffrait en outre d'une hernie discale L5-S1 sans répercussion sur la capacité de travail. L'activité exercée jusqu'alors était encore exigible à 50%. Le médecin a constaté que, dans une activité adaptée, à savoir un travail manuel léger ou un travail de surveillance, sa capacité était entière depuis avril 2002.

9. Dans son rapport à l'OCAI du 13 mai 2002, le Dr A_____ a rappelé le diagnostic d'épicondylalgie bilatérale et a noté que le syndrome de tunnel carpien bilatéral n'avait pas de répercussion sur la capacité de travail. L'assuré était incapable d'effectuer des travaux lourds; l'activité exercée n'était plus exigible mais

il était envisageable qu'il exerce des travaux légers avec un rendement de 80%. Son patient était limité dans l'utilisation des deux bras dans les mouvements de force et répétitifs. Dans une activité de magasinier, de vendeur ou de coursier, celui-ci disposait d'une capacité de travail de 100%. Le Dr A_____ n'a toutefois pas revu son patient après le 8 juin 2001.

10. Dans son rapport à l'OCAI du 30 juillet 2002, le Dr B_____, chiropraticien, confirmait lui aussi le diagnostic d'épicondylalgie et estimait l'assuré incapable à 100% dans son ancienne activité dès le 29 août 2000, mais lui reconnaissait une capacité de travail complète dans un travail léger tel que de la surveillance et ce, dès la date de son rapport.

11. L'assuré a été soumis, à la demande du Dr D_____, à un stage de rééducation à la Clinique de rééducation de l'Hôpital universitaire cantonal (ci-après les HUG) en atelier de réadaptation professionnelle du 27 février 2002 au 31 mai 2002 à raison de trois demi-journées par semaine. Selon le rapport de stage du 29 août 2002, établi par Messieurs E_____ et F_____, l'assuré ne pourra jamais reprendre une activité professionnelle avec port de charges lourdes (moins de cinq à dix kilos de charges de manière répétée), son rendement est de moins de 40% sur un mi-temps. En conséquence, l'assuré ne pourra pas reprendre d'activité professionnelle rémunérée et un reclassement est totalement illusoire.

12. Dans son rapport du 15 mars 2004, le Dr D_____ a confirmé les atteintes qui limitaient les capacités de travail de l'assuré de moitié au moins dans son ancienne activité. Il a joint à son rapport le rapport de la réadaptation professionnelle.

13. L'OCAI a alors mandaté pour expertise le Dr G_____, spécialiste en chirurgie orthopédique FMH, lequel a rendu son rapport le 30 juin 2005. Les diagnostics orthopédiques posés sont des épicondylalgie bilatérales évoluant depuis 1999 et des épitrochléalgies droites évoluant depuis 1996, status quatre ans après tentative de cure chirurgicale de syndrome épicondylite droit et décompression du nerf médian au niveau du poignet droit, status après double méniscectomie aux genoux et notion de discopathies L5-S1. Selon l'expert, les éléments objectifs rassurants, mis en évidence lors de l'examen clinique, contrastent avec un tableau subjectif très défavorable faisant craindre la participation de facteurs extra-anatomiques dans l'évolution du cas. Sur le plan purement objectif, les limitations sont les suivantes: charges limitées à quinze kilos pour chaque bras, mouvements de traction et torsion répétés des deux membres supérieurs ainsi que pour le serrage répétitif, doivent être limités, le travail au-dessus du niveau des épaules est possible, il n'y a pas d'objection à ce que ce patient travaille en position debout. Des temps de pause durant la journée devraient toutefois lui être accordés afin d'éviter une éventuelle décompensation du problème lombaire et des deux genoux. La conduite d'un véhicule léger semble également possible. L'activité exercée auparavant pourrait encore l'être avec une capacité maximale de 25 à 33,33 %. En

revanche dans une activité légère, sa capacité de travail est entière. Selon l'expert, une activité de démontage de télévisions ou d'ordinateurs reste possible, de même qu'une activité de micro-soudure, d'un emploi sur une chaîne de montage ou un emploi d'empaquetage d'objets légers. Peuvent également encore être effectués une activité de magasinier d'objets légers, un travail de guichet ou de chauffeur-livreur d'objets légers.

14. Sur la base de ce rapport et des pièces du dossier, l'OCAI, par décision du 24 octobre 2005, a constaté que l'assuré était en incapacité de travail durable depuis le 15 septembre 2000 et lui a reconnu le droit à une rente entière à partir du 15 septembre 2001, soit à l'issue du délai de carence d'une année. Il a ensuite considéré l'assuré apte à exercer une activité adaptée à 100% à partir du 22 avril 2002. Il a donc procédé à la comparaison des revenus sur la base d'un revenu d'invalide exigible à 100% avec une réduction de 20%, calculé sur la base des salaires ressortant des statistiques de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), soit un montant de 45'606 fr. et est parvenu à un degré d'invalidité de 33,8% ne donnant plus droit à une rente. L'OCAI a ainsi mis fin à la rente à l'échéance du délai de trois mois à compter de l'amélioration de l'état de santé de l'assuré, soit au 31 juillet 2002.

15. Cette décision a été confirmée sur opposition en date du 14 septembre 2006.

16. En date du 16 octobre 2006, l'assuré recourt contre la décision précitée en se référant principalement au rapport de la Clinique de rééducation des HUG. Il rappelle en substance que le stage de réadaptation a été précisément suggéré par le Dr D_____ afin de pouvoir se déterminer sur sa capacité de travail résiduelle et qu'il en a approuvé le contenu, faisant siennes les conclusions du rapport. Ce rapport prouve qu'il est incapable d'exercer des activités même légères. Il souffre en outre de gonarthroses des deux genoux, de lombalgies et de rhizarthroses de ses deux pouces, comme cela ressort des courriers de son médecin traitant, le Dr B_____, des 6 juin 2005 et 4 octobre 2006, qui l'empêchent également de travailler. Il conteste par ailleurs l'expertise du Dr G_____ et relève que celui-ci ne l'a vu qu'à une seule reprise et qu'il énonce à la légère des activités susceptibles d'être exercées. Le recourant conteste enfin la réduction de 20%, qu'il qualifie d'"abattement", accordée par l'intimé et le taux d'invalidité retenu. Il conclut à l'annulation de la décision de l'OCAI et à l'octroi d'une rente complète et, subsidiairement à ce qu'une nouvelle expertise soit ordonnée.

17. Dans sa détermination du 8 novembre 2006, l'intimé conclut au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée.

18. Lors de l'audience d'enquêtes du 4 septembre 2007, le Dr D_____ déclare que, lorsque le recourant l'a consulté en 2002 pour des épicondyalgies, l'examen clinique lui a permis de constater qu'il avait conservé une bonne force de serrage et

les signes cliniques étant discrets, il avait conclu à une capacité de travail de 50% dans l'activité antérieure et de 100% dans une activité adaptée. Il a expliqué avoir adressé le recourant à l'atelier de réadaptation des HUG comme il le fait souvent dans les cas où la capacité de travail est litigieuse. A cet égard, il précise qu'il fait faire ce genre de stage à ses patients afin que ses observations puissent être confirmées ou que son diagnostic soit le cas échéant nuancé ou encore pour voir si les plaintes correspondent à ce qu'il a constaté cliniquement. En l'occurrence, les conclusions du rapport lui paraissaient crédibles, à savoir une capacité de travail de moins de 40%. Il ne pense pas que son patient ait exagéré les plaintes même si la capacité de travail retenue par les animateurs du stage ne correspond pas à ses propres constatations cliniques. Le témoin ajoute que les diagnostics retenus et les limitations décrites par le Dr G_____ dans son rapport d'expertise correspondent à ses propres constatations. Il précise qu'il n'a examiné le cas du recourant qu'au regard des épicondylalgies et qu'il est possible que l'arthrose survenant dans les genoux puisse également influencer sa capacité de travail. Il confirme les termes de son courrier du 11 octobre 2005 lequel concluait à l'octroi d'une rente totale d'invalidité et constatait que l'état du patient était stationnaire. Il avait, à cette occasion, examiné le recourant et était parvenu aux mêmes conclusions du point de vue clinique que celles auxquelles il était parvenu en 2002. Enfin, il conclut qu'il pourrait y avoir théoriquement une capacité de travail dans une activité légère respectant les limitations dues aux handicaps des membres supérieurs et inférieurs, mais il lui est difficile de fixer un taux sans examen complémentaire. Une activité de surveillance pourrait être envisagée s'il n'y a pas de déplacements importants.

19. Entendu en comparution personnelle le même jour, le recourant précise qu'il a des douleurs aux pouces pour lesquelles il a consulté le Dr B_____ en avril 2006 et dont il souffrait depuis quatre à six mois. Il serait d'accord de travailler dans un emploi qui lui serait adapté mais relève à cet égard qu'il présente des douleurs multiples. A l'issue de l'audience, un délai au 2 octobre 2007 lui est octroyé, à sa demande, pour produire un rapport du Dr H_____.

20. En date du 2 octobre 2007, le recourant produit un rapport du Dr H_____ du 28 septembre 2007, duquel il ressort qu'il a été consulté pour des douleurs au coude gauche en avril 2000, qu'il a revu le patient en août 2002 après l'intervention du 31 janvier 2002 sur le coude droit. Le patient ne lui a en revanche jamais parlé d'une atteinte douloureuse au niveau des pouces. Il conclut que le recourant présente une tendinopathie chronique du deuxième radial aux deux coudes, avec handicap fonctionnel intermittent, notamment lors de port de charges, même relativement légères. S'agissant des gonalgies, il relève que le recourant s'est plaint de douleurs en février 2006 plus importantes à droite. Pouvait être mis cliniquement en évidence, un syndrome fémoro-patellaire, avec synovite et une toute petite lame liquidienne. La flexion était complète avec des douleurs en fin de course. Il a revu le patient en juillet 2007 alors qu'il présentait une exacerbation des douleurs du

genou droit. Les radiographies effectuées le 17 juillet 2007 révélaient une arthrose des trois compartiments, sévère, bilatérale et plus marquée à droite. Du point de vue fonctionnel, le recourant est gêné lors de longues marches à la station debout prolongée et lors de la flexion des genoux en charge. Il présente une gonarthrose bilatérale avec poussées inflammatoires notamment récemment à droite. Lors des différentes consultations, le recourant ne s'est jamais plaint de douleurs lombaires. Il conclut que celui-ci présente des problèmes articulaires chroniques des deux coudes et des deux genoux qui ne lui permettent pas de poursuivre son activité antérieure. La symptomatologie douloureuse des genoux s'est récemment exacerbée avec une limitation de la marche et lors de la position debout prolongée. Il ne pense pas que le recourant puisse reprendre dans le contexte actuel une activité professionnelle légère qui mette à contribution de façon régulière la préhension des mains car elle réveille les douleurs secondaires à la tendinopathie des deux coudes. Une activité partielle serait de toute façon nettement diminuée au vu des atteintes à la santé.

21. Dans son courrier du 2 octobre 2007, le recourant relève que les indications fournies par le Dr H_____ coïncident avec celles du Dr B_____ et du Dr D_____ et rappelle que celui-ci a conclu lors de son audition que le pronostic ne pouvait être que l'octroi d'une rente totale d'invalidité et que la réalité de son incapacité de travail même dans des activités légères avait été prouvée lors du stage d'évaluation professionnelle. Aux problèmes d'épicondylites, s'ajoutent les autres atteintes à la santé mises en évidence par le Dr B_____ qui a conclu qu'un reclassement professionnel était problématique en raison des épicondylites et de la gonarthrose avancée à droite et par le Dr H_____ qui a affirmé qu'une activité professionnelle même légère ne lui paraissait pas envisageable. Il conclut que les médecins précités et les spécialistes de l'atelier de réadaptation des HUG parviennent tous à la même conclusion à savoir que les graves atteintes à la santé notamment au niveau des coudes, des mains et des genoux, de même qu'au niveau lombaire rendent pratiquement impossible la reprise d'une quelconque activité professionnelle. Il ne peut en effet plus se servir de ses mains, de ses bras, il ne peut plus rester en station debout, ni marcher. A cela s'ajoutent son âge et le fait qu'il n'exerce plus d'activité professionnelle depuis de nombreuses années.

22. Dans sa détermination du 18 octobre 2007, l'intimé constate que le recourant n'apporte aucun élément nouveau qui n'aurait déjà été pris en considération et maintient intégralement sa position.

23. Après communication de cette écriture au recourant, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 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 fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

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

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant des modifications législatives notamment dans le droit de l'assurance-invalidité. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités).

   Sur le fond, le Tribunal de céans relève que la décision litigieuse ayant été rendue en date du 14 septembre 2006 et statuant sur un état de fait juridiquement déterminant remontant à l'année 2001, le présent litige sera examiné à la lumière des anciennes dispositions de la LAI pour la période s'étendant jusqu'au 31 décembre 2002 et, le cas échéant, au regard des nouvelles dispositions de la LPGA pour la période postérieure (ATF 130 V 332 consid. 2.2 et 2.3). Il convient quoi qu'il en soit de relever que ces dispositions n'ont pas modifié la notion d'invalidité selon l'ancienne LAI et la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances (TFA) y relative est toujours d'actualité.

3. En ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, la LPGA et son ordonnance d'application s'appliquent sans réserve dès le jour de leur entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

   Le Tribunal de céans constate que le recours, interjeté dans les formes et délai légaux, est recevable, conformément à l'art. 60 LPGA.

4. L'objet du litige consiste à déterminer si la suppression de la rente entière d'invalidité du recourant au 31 juillet 2002 est justifiée.

5. Une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 41 LAI (ATF 125 V 417 ss consid. 2 et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2), respectivement 17 LPGA. Conformément à ces dispositions, lorsque l'invalidité d'un bénéficiaire de rente subit une modification de manière à influencer le droit à la rente, celle-ci

est révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence (ATFA non publié du 30 août 2005, I 362/04, consid. 2.2). Selon la jurisprudence, la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même et que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 113 V 275 consid. 1a et les arrêts cités; voir également ATF 120 V 131 consid. 3b, 119 V 478 consid. 1b/aa). 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. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (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).

En cas d'allocation d'une rente dégressive ou temporaire, la date de la modification du droit (diminution ou suppression de la rente) doit être fixée conformément à l'art. 88a al. 1 RAI (ATF 125 V 417 consid. 2d; RCC 1984 p. 137). Selon cette disposition, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore, 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.

6. a) Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). 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).

   b) 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.

7. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, le juge a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi 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 on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assurée (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (ATFA non publié du 6 mai 2003, I 762/02).

   Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne suffisent pas pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation des douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés et être reportée à un diagnostic posé dans le cadre d'une classification reconnue (ATF 130 V 353 consid. 2.2.2 ; ATFA du 30 novembre 2004, I 600/03, consid. 3.2).

   L'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les arrêts cités). Le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87).

8. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment 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).

9. En l'espèce, une incapacité de travail durable a été reconnue au recourant dès le 15 septembre 2000, à un taux oscillant entre 50% et 100% jusqu'au 17 décembre 2000, puis à 100% dès le 18 décembre 2000, en raison d'épicondylalgies, par le

Dr B_____ et le Dr A_____. Selon ces médecins, l'incapacité était totale dans son ancienne activité. Le Dr D_____, qui retenait également le diagnostic d'épicondylalgies, a considéré, dans son rapport du 22 avril 2002, que l'activité antérieure de monteur en transformateurs ne pouvait plus être exercée qu'à 50%. En revanche, les trois médecins admettaient que le recourant disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, sans port de charges lourdes et sans mouvements de force ou répétitifs des membres supérieurs. S'agissant de la date à partir de laquelle le recourant doit être considéré comme capable d'exercer une activité adaptée, le Dr D_____ indiquait, dans son rapport du 22 avril 2002 "depuis avril 2002", le Dr B_____ mentionnait dans son rapport du 30 juillet 2002 "dès maintenant" et le Dr A_____ précisait "immédiatement" dans son rapport du 13 mai 2002. Requis de fournir un rapport à l'intimé pour déterminer si le taux de capacité de travail exigible et les limitations fonctionnelles du recourant étaient toujours les mêmes, le Dr D_____ a indiqué, le 15 mars 2004, que l'état était stationnaire et a joint au formulaire de rapport le rapport de réadaptation préprofessionnelle de la Clinique de rééducation des HUG du 29 août 2002, lequel conclut que le recourant ne pourra plus reprendre une activité professionnelle.

10. Une expertise fut alors confiée au Dr G_____ par l'intimé. Dans son expertise du 30 juin 2005, ce médecin retient lui aussi le diagnostic d'épicondylalgies, auxquelles s'ajoutent des épitrochléalgies bilatérales, et fixe les limitations suivantes : charges (portées près du corps) limitées à environ quinze kilos pour chaque bras, mouvements de traction et torsion répétés des deux membres supérieurs ainsi que le serrage répétitif doivent être limités, des temps de pause devraient être aménagés en cas de travail en position debout. L'expert conclut que l'activité exercée auparavant pourrait encore l'être avec une capacité maximale de 25 à 33,33 %, qu'en revanche, le recourant pourrait exercer une activité légère avec une diminution de rendement liée aux limitations retenues.

    Il sied de considérer qu'a priori cette expertise remplit tous les critères pour que lui soit reconnue une pleine valeur probante. En effet, les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, le rapport se fonde sur des examens complets, il prend également en considération les plaintes de l'assuré, il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin les conclusions de l'expert sont dûment motivées.

11. Il est à constater que les avis médicaux précités convergent tant du point de vue des diagnostics posés que du point de vue du type d'activité professionnelle encore exigible du recourant. Les médecins traitants ont admis qu'il était capable d'exercer à plein temps une activité professionnelle légère à une date qu'il convient encore de déterminer. L'expert ne se prononce pas expressément sur cette question. Les Drs B_____ et A_____ indiquaient "dès maintenant" ou

"immédiatement". Il faut relever que les rapports de ceux-ci de juillet 2002 et mai 2002 se fondaient sur des consultations remontant respectivement à juin et juillet 2001. Le Dr D_____ constatait quant à lui, dans son rapport du 22 avril 2002, que la capacité de travail du recourant était entière dans une activité adaptée dès avril 2002. Il convient donc de s'en tenir à cette dernière appréciation, comme l'a fait l'intimé.

12. Le recourant conteste que son état de santé se soit amélioré. Il se fonde principalement sur le rapport de la réadaptation préprofessionnelle des HUG du 29 août 2002 et sur le courrier du Dr D_____ du 9 septembre 2002 qui, se basant sur ce dernier rapport, conclut que "le pronostic de ce patient ne peut être que l'octroi d'une rente totale d'invalidité".

13. Lors de son audition par devant le Tribunal de céans, ce médecin a admis que, bien qu'il ne mette en doute ni les plaintes de son patient, ni les conclusions des responsables de l'atelier de réadaptation des HUG, celles-ci ne correspondaient pas à ses constatations cliniques. Il a également confirmé le bien-fondé des diagnostics retenus par l'expert et des limitations décrites par celui-ci. Il a ajouté que, lors de l'examen auquel il avait procédé en mars 2004, ses conclusions étaient, du point de vue clinique, identiques à celles qu'il avait faites en 2002. Il s'était fondé sur le rapport de l'atelier de réadaptation pour dire que le recourant ne pouvait plus exercer d'activité.

14. L'on doit ainsi relever que les constatations de la clinique de réadaptation ne concordent pas avec les examens cliniques et ne sont étayées par aucune observation médicale concluante. Elles ne peuvent dès lors pas être retenues. Cette conclusion est d'ailleurs conforme à la jurisprudence citée ci-dessus selon laquelle les données médicales l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (ATFA non publié du 6 mai 2003, I 762/02).

15. Il convient encore d'examiner si les courriers et rapports produits devant le Tribunal de céans par le recourant conduisent à une appréciation différente.

    Outre le rapport de la clinique de réadaptation, sont produits, le rapport opératoire du 1er février 2001 du Dr A_____, un mémorandum du Dr B_____ du 24 octobre 2002 à l'attention de la SUVA, deux courriers des 9 septembre 2002 et 11 octobre 2005 du Dr D_____ et deux courriers des 6 juin 2005 et 4 octobre 2006 du Dr B_____, adressés à l'avocat du recourant. Il ressort de ces courriers que le traitement chirurgical effectué par le Dr A_____ n'a pas eu le résultat escompté puisque le recourant a toujours des douleurs. Selon le Dr D_____, l'état de santé au niveau des deux bras est resté stationnaire entre son courrier du 9 septembre 2002 et celui du 11 octobre 2005. De l'avis du

Dr B_____, il n'y a pas d'objectivation possible en relation avec la majoration des plaintes relatives aux épicondylites. Il ne lui est par ailleurs pas possible de se prononcer sur les handicaps résultant des gonarthroses et rhizarthroses sans une expertise spécialisée.

Il y a par conséquent lieu de constater que les avis médicaux susmentionnés ne sont pas susceptibles de modifier l'appréciation faite par l'intimé sur la base de l'expertise du Dr G_____ et des rapports des médecins traitants qui lui ont été adressés.

Enfin, dans un courrier du 28 septembre 2007 produit par le recourant en cours de procédure, le Dr H_____ conclut que le recourant présente une tendinopathie chronique du deuxième radial aux deux coudes avec handicap fonctionnel intermittent lors de port de charges même relativement légères, une gonarthrose bilatérale le gênant lors de longues marches, à la station debout prolongée et lors de la flexion des genoux en charge. Ce médecin indique ne pas avoir été informé par son patient de l'existence de douleurs aux pouces ou de douleurs lombaires. Il conclut que le recourant ne peut plus exercer son activité antérieure, ni une activité professionnelle légère qui mette à contribution de façon régulière la préhension des mains dans la mesure où cela réveille la tendinopathie des deux coudes. Dans une activité partielle, son rendement serait nettement diminué.

Ce dernier avis n'apporte aucun élément nouveau conduisant à une appréciation différente de celle de l'intimé. Au contraire, on peut même déduire de cet avis médical qu'une activité professionnelle légère excluant des mouvements réguliers de préhension des mains reste possible avec une diminution de rendement.

En conséquence, force est de constater que les pièces produites par le recourant ne sont pas de nature à remettre en question l'appréciation médicale sur laquelle se fonde l'intimé.

16. Aussi, doit-on reconnaître que l'état de santé du recourant s'est amélioré dès avril 2002 et qu'il avait dès cette date une capacité de travail entière dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles retenues, de sorte que la décision de l'intimé sur ce point n'est pas critiquable.

17. Reste enfin à déterminer le degré d'invalidité.

18. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu 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. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence

permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; jusqu'au 31 décembre 2002: art. 28 al. 2 LAI; du 1er janvier au 31 décembre 2003: art. 1 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA; depuis le 1er janvier 2004: art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). 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 223 consid. 4.1, 128 V 174).

Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ci-après ESS; ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). 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 (cf. ATF 126 V 78 consid. 5).

Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé.

19. En l'occurrence, il résulte du questionnaire pour l'employeur que le recourant aurait perçu en 2002 un salaire mensuel de 5'217 fr. auquel il faut ajouter le treizième salaire, soit un salaire annuel de 67'821 fr. Ce montant au demeurant non contesté doit être comparé au revenu d'invalide calculé conformément à l'ESS 2002.

    Le salaire de référence pour le revenu d'invalide est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives (niveau de qualification 4) dans le secteur privé, à savoir 54'684 fr. par année (ESS 2002, TA1, p. 43). Au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services, on doit en effet convenir qu'un certain nombre d'entre elles sont légères et adaptées aux limitations du recourant. Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de 40 heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en

2002 (41,7 heures; La Vie économique, 10-2004, p. 90, B9.2), ce montant doit être porté à 57'008 fr. 05. Vu l'âge du recourant et ses handicaps, il se justifie de procéder à un abattement de ce salaire statistique à hauteur de 20%. Il en résulte un revenu d'invalide de 45'606 fr. et donc un taux d'invalidité de 32,8%, comme l'a retenu avec raison l'intimé.

20. Il sied de rappeler que la date de la suppression de la rente, doit être fixée conformément à l'art. 88a al. 1 RAI, soit à l'échéance d'un délai de trois mois dès la constatation de l'amélioration de la capacité de gain du recourant. La décision de l'intimée, qui supprime le droit à la rente à partir du 1er août 2002, doit également être confirmée sur ce point.

21. Le recours est ainsi rejeté, étant précisé qu'aux termes du nouvel art. 18 al. 1 LAI, entré en vigueur le 1er janvier 2004, les assurés invalides qui sont susceptibles d'être réadaptés ont notamment droit à un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié, et, s'ils en ont déjà un, à un conseil suivi afin de le conserver. Cette modification ne figurait pas dans le message du Conseil fédéral mais a été introduite par la Commission du Conseil national. L'idée à l'origine de cette nouvelle formulation était de renforcer le soutien apporté d'office lors de la réadaptation. Il s'agissait en fait d'obliger les offices de l'assurance-invalidité à entreprendre plus de démarches dans ce sens. Le rapporteur de la Commission a relevé lors du plenum du Conseil national que la Commission avait décidé à l'unanimité de renforcer les droits des assurés à un soutien actif lors de la recherche d'un emploi (BO CN 2001, p. 1934; cf. également ATFA non publié du 29 mars 2005, I 776/04). La nouvelle teneur de l'art. 18 al. 1 LAI a été adoptée par le Conseil national - suite au retrait d'une proposition plus contraignante encore pour les offices AI - sans discussion (BO CN 2001, p. 1935). Lors du plenum du Conseil des États, le rapporteur de la Commission a recommandé d'adopter la proposition - ce qui a été le cas sans discussion - notamment en raison du fait que cette nouvelle disposition constituait une base juridique contraignante pour l'activité de placement des offices AI (BO CE 2002 p. 756). L'art. 18 al. 1 LAI, en vigueur depuis le 1er janvier 2004, a donc étendu les droits des assurés à l'égard des offices AI en matière d'aide au placement (cf. ATFA du 22 septembre 2005, I 54/05).

22. Une aide au placement devra dès lors être accordée à l'assuré, pour autant qu'il en fasse la demande par écrit.

23. La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apporte des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En particulier, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le Tribunal de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, le

présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

Un émolument de 200 fr. sera ainsi mis à la charge du recourant qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI).

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.

3. Met un émolument de 200 fr. 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 auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	La Présidente
Marie-Louise QUELOZ	Doris WANGELER

La greffière-juriste : Catherine VERNIER

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