RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2277/2006 **ATAS/1121/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 5

du 6 décembre 2006

En la cause A/2277/2006

Monsieur A_____, domicilié , VERNIER, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître David LACHAT, rue du Rhône 100, GENEVE	recourant

contre

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

Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Karine STECK et Juliana BALDE, Juges

EN FAIT

1. Monsieur A_____, ressortissant portugais au bénéfice d'un permis d'établissement, est né en 1950 et a travaillé en tant que maçon, dès le 14 avril 1987, pour l'entreprise X_____SA.

2. Le 24 novembre 1999, il a été engagé comme maçon par l'entreprise ARN & WUTHRICH SA pour le 1er mars 2000 avec un salaire brut mensuel de 5000 fr. plus toute hausse officielle pour l'année 2000. En conséquence, en novembre 1999, il a résilié les rapports de travail avec son ancien employeur pour la fin février 2000.

3. Le 17 février 2000, il a glissé, puis est tombé dans sa baignoire. Lors de cette chute il s'est fait mal à la tête et aux vertèbres cervicales.

4. Le 19 février 2000, l'assuré a consulté le centre médical de Meyrin. Dans un rapport médical du 7 mars 2000, le Dr A_____, spécialiste en médecine interne, a fait état d'une chute avec impact à la nuque. Il a constaté des douleurs en C3-C5, une mobilité sans particularité et l'absence tant de déficit nerveux que de fracture. Il a diagnostiqué une contusion cervicale et a attesté une incapacité de travail entière du 19 au 26 février 2000.

5. Le 23 février 2000, l'ancien employeur a déclaré le sinistre à l'assureur-accident, la CAISSE NATIONALE SUISSE EN CAS D'ACCIDENTS (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt, ci-après : SUVA), et a fait état d'un salaire mensuel brut de 4'670 fr.

6. Une IRM cervicale effectuée le 21 mars 2000 a révélé une importante discarthrose en C5-C6, une hernie discale en C3-C4, une protrusion discale en C4-C5, une importante discarthrose en C5-C6 avec rétrécissement du canal et des trous de conjugaison, enfin, une ébauche d'hernie discale en C6-C7 appuyant sur la racine C7.

7. Dans un rapport médical du 23 mars 2000, le Dr B_____, chirurgien-orthopédiste, a diagnostiqué une entorse cervicale. Il a mentionné une limitation de la mobilité en rotation et en flexion latérale ainsi qu'une irradiation scapulaire gauche. Il a précisé qu'il existait un ancien état discopathique connu et qu'une reprise du travail n'était pas encore prévue.

8. Le 29 mars 2000, lors d'un entretien avec un gestionnaire de la SUVA, l'assuré a précisé que, lors de l'accident, alors qu'il se douchait debout dans sa baignoire, il avait voulu se tourner pour se laver et avait glissé sur la surface mouillée. Il a expliqué qu'il était tombé sur les genoux, puis qu'il s'était cogné le côté gauche de la

tête contre le mur de la salle de bains et que les douleurs à la nuque étaient apparues après quelques minutes.

9. Dans un rapport médical du 1er mai 2000, le Dr B_____ a fait état d'une persistance de paresthésie de la main gauche aggravée par les mouvements de la nuque et d'un syndrome cervical persistant.

10. Le 28 avril 2000, la Dresse C_____, neurologue, a procédé à des examens clinique, neurologique et électroneuromyographique. Dans un rapport médical du 1er mai 2000, elle a précisé que le patient se plaignait de cervicalgies bilatérales avec fourmillements dans les trois derniers doigts de la main gauche et endormissement bilatéral nocturne des mains insomniant, sans trouble dans les membres inférieurs. Lors de son examen clinique, elle a constaté la présence d'un syndrome cervical bilatéral sous forme de douleurs à la nuque lors de la latéroflexion des deux côtés avec irradiation vers les trapèzes, de douleurs lors de la rotation des deux côtés ainsi que dans la flexion antérieure et l'extension, enfin, une absence d'irradiation dans les membres supérieurs. Au niveau de ces derniers, lors de son examen neurologique, elle a mis en évidence une possible hypotrophie du deltoïde gauche et une possible discrète hyporéflexie du tricipital gauche ainsi qu'une hypoesthésie des trois derniers doigts de la main gauche et de la face postérieure de l'avant-bras gauche évoquant soit un déficit central, soit une atteinte radiculaire C7-C8 sans déficit moteur. Quant à l'examen électroneuromyographique, il a révélé un tracé de dénervation/réinnervation chronique ancienne dans le myotome C7 des deux côtés avec prédominance de la dénervation du côté gauche.

11. Le 22 mai 2000, l'assuré a été examiné par le Dr D_____, chef de la clinique de neuro-chirurgie des (ci-après : "établissement hospitalier"), qui, dans un rapport du 23 mai 2000 a estimé qu'il n'y avait pas de bonne indication chirurgicale car, dans ce contexte, les résultats étaient décevants. En revanche, il a préconisé une réinsertion aussi rapide que possible au niveau professionnel.

12. Dans un rapport du 15 juin 2000, le Dr B_____ a posé un nouveau diagnostic de syndrome cervico-brachial post-traumatique.

13. L'assuré a séjourné du 4 au 26 juillet 2000 dans le service de réadaptation générale de la Clinique romande de réadaptation. Dans un rapport médical du 25 août 2000, le Dr E_____ a indiqué que les objectifs de l'hospitalisation étaient une augmentation de la mobilité cervicale et une diminution des douleurs. Il a précisé que le bilan à la sortie ne montrait subjectivement et objectivement pas de changement notable. Il a exposé qu'aux ateliers professionnels, le patient avait effectué des travaux relativement légers, en position debout, sans problème majeur. Il a considéré qu'on pouvait exiger une reprise progressive du travail à 50% dès le 27 juillet 2000 qui devrait pouvoir, ensuite, être progressivement augmenté.

14. Dans un rapport médical du 3 novembre 2000, le Dr B_____ a indiqué que la reprise du travail à 50% avait été un échec en raison des travaux en hauteur que l'assuré avait dû effectuer. Il a précisé qu'une capacité de travail pourrait être reconnue dans un emploi ne nécessitant pas l'utilisation d'échelle ou l'accroupissement répété et qu'un travail à hauteur d'atelier semblait compatible avec l'affection, mais que l'entreprise ne semblait pas en mesure d'offrir ce type d'occupation.

15. Le 16 janvier 2001, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après : OCAI) tendant à un reclassement dans une nouvelle profession et à l'octroi d'une rente.

16. Dans un rapport médical du 12 février 2001, le Dr B_____ a confirmé son diagnostic précédent et a fait état d'une limitation de la mobilité d'environ 50% dans tous les plans. Il a précisé que, dans un travail ne comportant que des allées et venues, dans une activité de contrôle, sans port de charges, sans observation d'objet ou de phénomènes en hauteur, il existerait peut-être une capacité résiduelle. Il a souligné l'absence de connaissance du français par son patient. Dans le rapport médical du 13 février 2002 (recte : 2001) concernant les capacités professionnelles, il a mentionné une incapacité à s'agenouiller, à incliner le buste, à s'accroupir, à se baisser, à travailler en hauteur ou sur une échelle, enfin, à se déplacer sur sol irrégulier ou en pente. En outre, il a fait état d'une limitation à rester en position assise et debout au-delà de quatre à six heures, en position non alternée au-delà d'une à deux heures, enfin, à utiliser les deux bras et mains en raison de la cervicalgie chronique. Il a estimé que la capacité de travail dans la profession de maçon était impossible parce qu'elle était trop physique et en raison de la raideur de la nuque. En revanche, il a exposé que, dans une autre profession exercée durant la demi-journée, une baisse de rendement de 30% était prévisible.

17. Le 19 avril 2001, le patient a été examiné par le Dr F_____, médecin d'arrondissement de la SUVA. L'assuré se plaignait de douleurs à la nuque depuis la tête jusqu'à la moitié du dos et, occasionnellement, de fourmillements dans les deux derniers doigts de la main gauche. Lors de l'examen, le Dr F_____ a constaté une limitation volontaire des mobilités cervicales par l'assuré. Dans un rapport médical du 15 mai 2001, il a estimé que la symptomatologie douloureuse cervicale n'était plus en relation de causalité naturelle avec l'accident. Il a motivé son appréciation par le traumatisme indirect de la colonne cervicale lors de l'accident, l'absence de lésion traumatique, la préexistence d'un état dégénératif cervical et la disparition de la symptomatologie brachialgique. Il a précisé que les effets de la contusion cervicale avaient disparu pour être remplacés par une symptomatologie de type cervicarthrose et que, sans explication, la symptomatologie s'était étendue au niveau dorsal.

18. Par décision du 18 mai 2001, la SUVA a estimé que l'assuré ne présentait plus de séquelles consécutives à l'accident du 17 février 2000 et a mis un terme à sa prise en charge médicale à la date de la décision et au versement de l'indemnité journalière dès le 1er juin 2001.

19. A la suite de l'opposition formée le 12 juin 2001 par l'assuré contre ladite décision, la SUVA a confirmé sa position par décision sur opposition du 6 août 2001.

20. Des radiographies de la colonne lombaire et du bassin effectuées le 3 septembre 2002 ont révélé, principalement, une discopathie en L4-L5 et L5-S1, une arthrose interapophysaire postérieure et interépineuse, une bascule du bassin de 15 mm en défaveur du côté droit et un signe de coxarthrose bilatérale prédominant à gauche.

21. Dans un rapport médical du 28 novembre 2002, le Dr B_____ a fait état d'une péjoration des cervicalgies avec raideur cervicale, de l'apparition de douleurs lombaires et coxo-fémorales bilatérales. Il a indiqué que le syndrome cervical chronique limitait de façon importante la flexion, l'extension et la rotation. Il a confirmé que la capacité de travail était nulle dans l'activité de maçon et il a précisé qu'il ne voyait pas de possibilité d'activité professionnelle dans le marché du travail normal. Il a considéré que le pronostic était plutôt défavorable en raison de l'apparition de lombalgies et d'une coxarthrose bilatérale chez un patient présentant, de plus, une obésité.

22. Dans un rapport médical du 31 mars 2005, le Dr B_____ a diagnostiqué, d'une part avec répercussion sur la capacité de travail, une cervicarthrose avec étroitesse du canal cervical et légère compression radiculaire existant depuis 2000, des lombalgies chroniques présentes depuis 2002 environ, une coxarthrose bilatérale débutante existant depuis 2003, d'autre part sans répercussion sur la capacité de travail, une obésité. Il a précisé que l'état de santé était stationnaire. Il a expliqué que l'assuré présentait des lombalgies chroniques essentiellement positionnelles ainsi que des douleurs coxo-fémorales bilatérales prédominant à gauche. Il a exposé que l'assuré se plaignait d'enraidissement très marqué de la colonne cervicale avec peu d'irradiation cervico-brachiale, de douleurs à la marche et à la position assise prolongée. Il a constaté, d'une part, un important enraidissement cervical avec flexion/extension de 5/15, latéroflexion et rotation limitée de 50% ainsi qu'une hypo-réflexie tricipitale surtout à droite, d'autre part, un syndrome vertébral chronique avec distance doigt/sol à 50 cm et une mobilité coxo-fémorale gauche très limitée en rotation interne. Dans l'annexe relative à la réinsertion professionnelle, il a indiqué qu'il semblait difficile d'exiger de l'assuré qu'il exerçât une autre activité. Concernant les capacités fonctionnelles, il a mentionné une incapacité à alterner les positions, à s'agenouiller, à incliner le buste, à s'accroupir, à se baisser, à travailler en hauteur ou sur une échelle, enfin, à se déplacer sur sol irrégulier ou en pente. En outre, il a fait état d'une limitation à rester en position assise au-delà d'une à deux heures, en position debout au-delà de

deux à quatre heures, en position non alternée au-delà de trente minutes à une heure, enfin, à utiliser les deux bras et mains. Il a estimé que les limitations concernant la colonne lombaire et les hanches contre-indiquaient la marche, la montée d'escaliers, le port de lourdes charges, la position assise prolongée de sorte qu'un emploi même à temps partiel paraissait difficile à envisager ou alors avec un rendement extrêmement limité.

23. Par décision du 7 février 2006, l'OCAI a accordé à l'assuré une aide au placement et a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité. Il a motivé son refus par l'existence d'une capacité résiduelle de gain entière dans une activité adaptée, par exemple comme ouvrier dans la production industrielle légère, et d'un degré d'invalidité de 15.5% obtenu par comparaison du salaire réalisable en 2002 auprès de X_____SA avec le salaire statistique dans l'industrie légère en tenant compte d'un abattement de 10%.

24. Des radiographies des colonnes cervicale, lombaire et dorsale ainsi que du bassin ont été réalisées le 6 mars 2006. Elles ont principalement mis en évidence des troubles statiques du rachis cervical sous forme de scoliose et de diminution de la lordose, une cervicarthrose en C3-C4 et une cervicuncarthrose C5-C6, une scoliose dorsale, une spondylose lombaire antérieure en L3, L4, L5, une arthrose interapophysaire postérieure et interépineuse, une bascule du bassin en défaveur de la droite, des lésions dégénératives des articulation sacro-iliaques, enfin, une coxarthrose prédominant à gauche.

25. Le 10 mars 2006, l'assuré a formé opposition contre ladite décision. Il a conclu à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Il a reproché à l'OCAI d'avoir procédé à une appréciation erronée de sa capacité résiduelle de travail, sans tenir compte des divers rapports médicaux se prononçant sur cette question. En outre, il a contesté le revenu sans invalidité pris en considération par l'administration. Enfin, il a requis un abattement de 25% sur le revenu statistique.

26. Par décision sur opposition du 24 mai 2006, l'OCAI a rejeté l'opposition. Il a justifié sa position en se référant aux divers rapports médicaux de 2000 et 2001, puis de 2005 ainsi qu'aux limitations fonctionnelles mentionnées par le médecin-traitant. Il a en déduit que l'assuré présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée respectant les limitations concernant la colonne lombaire et les hanches. Quant au revenu de valide, il a estimé qu'il fallait prendre en considération le salaire obtenu avant la survenance de l'atteinte à la santé invalidante, puis l'adapter à l'évolution des salaires nominaux.

27. Par acte du 23 juin 2006, l'assuré a recouru auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales. Il conclut, sous suite de dépens, principalement, à la reconnaissance d'une incapacité de travail entière, respectivement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, subsidiairement, à la mise en œuvre d'une expertise

médicale. En se basant sur les divers rapports médicaux du Dr B_____, il estime qu'en raison des limitations imposées par son état de santé, un emploi à temps partiel dans une activité adaptée lui paraît difficile à envisager. Il considère que rien ne permet de s'écarter de l'avis du médecin-traitant. De plus, il relève qu'aucun rapport médical probant ne fait état d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée et ne justifie la décision de l'intimée. De plus, il expose qu'aucun rapport médical versé au dossier ne permet de déterminer la nature des activités demeurant à sa portée, ni de connaître la mesure dans laquelle il pourrait les accomplir. Quant au calcul du degré d'invalidité, il invoque les mêmes griefs que dans son opposition. Il a joint à son recours un rapport médical du Dr B_____ daté du 6 juin 2006 dans lequel ce médecin a précisé qu'un rendement extrêmement limité signifiait qu'il ne permettait pas la réalisation d'un gain supérieur à 20-30% du revenu précédent. En outre, le médecin-traitant a expliqué que tous les emplois en position debout devenaient impossibles en raison des douleurs des deux hanches, alors que les emplois en position assise ne convenaient pas en raison de l'arthrose, enfin, que la cervicarthrose empêchait les mouvements fins et répétitifs de la tête exigeant de l'attention tels que les travaux légers sur atelier. Il a conclu que, dans ces conditions, il ne voyait plus aucune activité professionnelle réalisable.

28. Dans sa réponse du 10 août 2006, l'intimé a accepté de prendre en compte à titre de revenu sans invalidité le salaire annuel que le recourant aurait obtenu auprès de l'entreprise ARN & WUTHRICH SA à savoir 67'600 fr. comprenant l'augmentation des salaires prévues par la convention collective nationale de travail dans le bâtiment. Procédant à un nouveau calcul du degré d'invalidité, il a reconnu un degré d'invalidité de 21% et a précisé que, même en procédant à un abattement de 25% sur le revenu d'invalide, le degré d'invalidité ne serait que de 34% et n'ouvrait pas davantage le droit à une rente.

29. Dans sa réplique du 19 septembre 2006, le recourant a pris note que l'intimé acceptait de prendre en considération un revenu sans invalidité de 68'120 fr. et, pour le surplus, a persisté intégralement dans les conclusions de son recours. En outre, il a sollicité l'audition du Dr B_____.

30. Le 22 septembre 2006, le Tribunal a communiqué cette écriture à l'intimé et a gardé la cause 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 des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) 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 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, 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références).

   En l'espèce, le présent recours concerne le droit à des prestations dès février 2001. Etant donné que les faits déterminants se sont réalisés en partie avant et après l'entrée en vigueur de la LPGA, le droit à la rente doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et en fonction de la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 445 et les références; cf. aussi ATF 130 V 329). Toutefois, 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). Quant aux règles de procédure, elles s'appliquent, sauf dispositions transitoires contraires, à tous les cas en cours dès l'entrée en vigueur de la LPGA (ATF 131 V 314 consid. 3.3, 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

   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), ne sont pas applicables (ATF 127 V 467 consid. 1). Dans la mesure où elles ont été modifiées par la novelle, les dispositions ci-après sont donc citées dans leur version antérieure au 1er janvier 2004.

Enfin, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Toutefois, le présent cas n'est pas soumis au nouveau droit, du moment que le recours de droit administratif a été formé avant le 1er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

4. Le recours a été formé en temps utile dans le délai de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA). En effet, en agissant le 23 juin 2006, le recourant a respecté le délai de recours courant du 27 mai au 26 juin 2006 (art. 38 al. 1 et 3 LPGA). Interjeté également dans la forme prévue par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56 et ss LPGA.

5. Le litige porte sur l'évaluation de l'invalidité du recourant et en particulier sur son droit à une rente entière de l'assurance-invalidité.

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.

   c) 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 références citées). 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).

d) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) 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'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1).

7. a) En vertu de la maxime d'office, l'administration et le juge doivent veiller d'office à l'établissement exact et complet des faits pertinents. Sont pertinents tous les faits dont l'existence peut influencer d'une manière ou d'une autre le jugement relatif à la prétention. Dans ce contexte, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 p. 220 consid. 4a).

b) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, le

simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. (ATF 125 V 351; ATFA du 29 octobre 2003, I 321/03, consid. 3.1).

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

8. Le recourant soutient qu'il a droit à une rente entière d'invalidité étant donné que, selon son médecin-traitant, plus aucune activité professionnelle réalisable n'entre en considération. Pour sa part, l'intimé prétend qu'en tenant compte des limitations concernant la colonne lombaire et les hanches, l'assuré présente une capacité de travail résiduelle entière dans une activité adaptée respectant ces limitations, à savoir celle d'ouvrier dans la production industrielle légère. En conséquence, il y a lieu d'examiner si l'intimé était fondé, sur le vu des données médicales réunies au dossier, à admettre une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée.

Il ressort des divers rapports médicaux et radiologiques que le recourant souffre principalement d'une cervicarthrose sur canal cervical étroit qui provoque une limitation de la mobilité de la nuque, avec légère compression radiculaire induisant peu d'irradiation cervico-brachiale ainsi que d'une coxarthrose bilatérale débutante entraînant des douleurs coxo-fémorales bilatérales mais prédominant à gauche, enfin, de lombalgies chroniques essentiellement positionnelles sur discopathies L4-L5 et L5-S1 ou spondylose lombaire en L3, L4 et L5. Sur cette dernière question, le Tribunal relève que les rapports radiologiques des 6 mars 2006 et 4 septembre 2002 ne sont pas unanimes, le premier n'évoquant plus de discopathies mais une spondylose lombaire.

Quant aux limitations fonctionnelles, le seul médecin à s'être prononcé à ce sujet est le Dr B_____ qui retient, d'une part, une incapacité à alterner les positions, à s'agenouiller, à incliner le buste, à s'accroupir, à se baisser, à travailler en hauteur ou sur une échelle, enfin, à se déplacer sur sol irrégulier ou en pente, d'autre part, une limitation de la position assise entre une à deux heures, debout entre deux à quatre heures, non alternée entre trente minutes et une heure, enfin, une limitation de l'utilisation des deux bras et mains. Il mentionne essentiellement une contre-indication à la marche, à la montée d'escaliers, au port de lourdes charges et à la position assise prolongée.

Quant à la capacité résiduelle de travail, le Dr E_____ a mentionné la possibilité d'une reprise du travail à 50% dès le 27 juillet 2000 et pouvant, par la suite, être progressivement augmenté. Cette appréciation ne tient pas compte de l'état de santé du recourant à la date de la décision sur opposition qui s'est péjoré depuis 2002 avec l'apparition de lombalgies, puis, depuis 2003 avec la mise en

évidence d'une coxarthrose bilatérale. Or, selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 366 consid. 1b et les arrêts cités). En conséquence, c'est à tort que l'intimé s'est basé sur cette appréciation pour reconnaître l'existence d'une capacité résiduelle de travail entière dans une activité adaptée. En définitive, le seul médecin à s'être prononcé sur cette question est le Dr B_____, qui, dans son rapport du 12 février 2001, a admis une capacité de travail de 50% avec rendement de 70% dans une activité adaptée, soit, en définitive, de 35%. Puis, dans son rapport du 31 mars 2005, il a estimé qu'une capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée même à temps partiel paraissait difficilement envisageable ou alors avec un rendement extrêmement limité. Enfin, dans son rapport du 6 juin 2006 adressé au mandataire du recourant, il a précisé qu'un rendement extrêmement limité signifiait une capacité résiduelle de travail de 20 à 30%. Il a expliqué que tous les emplois en position debout devenaient impossibles en raison des douleurs aux deux hanches, que les emplois en position assise ne convenaient pas en raison de la lombarthrose, enfin, que la cervicarthrose empêchait les mouvements fins et répétitifs de la tête exigeant de l'attention tels que des travaux légers sur atelier. Il en a conclu qu'il ne voyait plus aucune activité professionnelle réalisable.

Les conclusions du médecin-traitant ne sont cependant pas tout à fait convaincantes. En effet, malgré une péjoration de l'état de santé du recourant depuis 2002-2003, le médecin-traitant donne presque la même appréciation de la capacité résiduelle de gain en 2005 qu'en 2001, à savoir 30-35%.

Or, le Dr B_____ est le seul médecin à avoir apprécié sa capacité résiduelle de travail exigible et aucun autre médecin ne s'est prononcé sérieusement et de façon probante tant sur cette question, ainsi que sur le type d'activités dans lequel celui-ci est capable de travailler. Il sied dès lors de constater que l'instruction du dossier est incomplète.

9. a) Il est à rappeler ici qu'en vertu de la maxime d'office, l'administration et le juge doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il paraît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4). Lorsque le juge considère que les faits ne sont pas suffisamment élucidés, il peut renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction ou procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (RAMA 1993 p. 136).

Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p.

136, 1989 n° K 809 p. 206). A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87).

b) Etant donné que l'intimé n'a pas procédé aux investigations nécessaires pour déterminer la capacité résiduelle de travail raisonnablement exigible du recourant, il a failli à son devoir d'instruction d'office ressortant de l'art. 43 al. 1 LPGA, en vertu duquel l'assureur prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. supra consid. 7a). En conséquence, il y a lieu de lui renvoyer le dossier pour qu'il organise un stage d'observation professionnelle ou mette en œuvre une expertise auprès d'un orthopédiste.

10. Compte tenu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire, au sens des considérants, et nouvelle décision.

11. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de 1'000 fr. lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

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. L'admet partiellement.

3. Annule les décisions de l'intimé des 7 février et 24 mai 2006.

4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

5. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de 1'000 fr. à titre de dépens.

6. 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
Claire CHAVANNES	Maya CRAMER

Le secrétaire-juriste : Philippe LE GRAND ROY

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