RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3698/2006 **ATAS/130/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 2

du 13 février 2007

En la cause

Monsieur L_____, domicilié , GENEVE, représenté par CENTRE DE CONTACT SUISSES-IMMIGRES Madame Catherine LACK	recourant

contre

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

Siégeant : Isabelle DUBOIS DOGNON Présidente; Karine STECK et Juliana BALDE, Juges

EN FAIT

1. Monsieur L_____, né en 1951 et ressortissant portugais au bénéfice d'un permis C, a travaillé dans l'entreprise X_____ du 28 mars 1995 au 31 mai 2006.

2. Il a tout d'abord travaillé en tant que maçon, puis, en raison de l'apparition en 1994 de lombalgies chroniques consécutives à un choc dans le dos avec une machine de chantier, son poste de travail a été allégé dès 1997 et consistait dès lors en travaux de nettoyage sur les chantiers.

3. Le 11 avril 2002, l'assuré a consulté la Dresse A_____, médecin à la Permanence médicale du Rond-Point de Plainpalais, qui a diagnostiqué une hypertension artérielle, une arthrite chronique tibio-tarsienne gauche, une hypercholestérolémie et a attesté une incapacité de travail entière. Dans son rapport du 20 juin 2002, elle a précisé que le patient était en traitement pour la goutte depuis quatre à cinq ans, pour l'arthrite chronique à raison de deux à trois fois par an, enfin, pour l'hypercholestérolémie, le diabète type II et l'hypertension artérielle.

4. Les radiographies des genoux du 27 mai 2002 ainsi que des mains, pieds et de l'épaule gauche du 28 août 2002 ont mis en évidence une gonarthrose bilatérale débutante, respectivement, un léger pincement des espaces articulaires interphalangiens, une arthrose métacarpo-phalangienne du pied droit et une lésion de polyarthrose scapulo-humérale.

5. Dans un rapport du 4 septembre 2002, le Dr B_____, spécialiste en médecine interne et rhumatologue, a indiqué que le patient se plaignait, d'une part, essentiellement de gonalgies accompagnées de blocages, exacerbées à la montée ainsi qu'à la descente d'escaliers et rendant impossible l'agenouillement sans appui, d'autre part depuis le début août 2002, de douleurs au bras gauche avec irradiation dans l'épaule entraînant une certaine limitation des mouvements, par ailleurs depuis avril 2002, d'une exacerbation des lombalgies chroniques apparues en 1994, enfin de douleurs aux poignets lors des changements de temps, de douleurs aux malléoles internes avec raideur matinale durant un quart d'heure, d'impression de blocage des doigts et des mains ainsi que d'une raideur du gros orteil droit empêchant la pose correcte du pied. Lors de son examen, il a mis en évidence une cyphoscoliose dorsale avec surélévation de l'épaule droite, des douleurs à la palpation de D8 à S1, une extension douloureuse et limitée de 50% de la charnière lombo-sacrée, des signes positifs de Waddell, une polyarthrite scapulo-humérale, une arthrose nodulaire des doigts, des douleurs aux deux genoux ainsi qu'un syndrome rotulien bilatéral, enfin, un hallux valgus débutant à droite. Il a considéré que les examens radiologiques effectués révélaient une gonarthrose débutante, des troubles statiques du rachis et de très discrètes protrusions discales en L3-L4 ainsi qu'en L4-L5 expliquant le syndrome rotulien, respectivement la difficulté à s'agenouiller. Il a précisé que les radiographies n'expliquaient qu'en partie les lombalgies pour lesquelles il suspectait

une certaine composante psychogène. Il a diagnostiqué un syndrome rotulien bilatéral sur gonarthrose débutante, une périarthrite scapulo-humérale, des lombalgies dans le cadre de troubles statiques du rachis avec discrètes protrusions discales L3-L4 et L4-L5, une arthrose métatarso-phalangienne droite suite à plusieurs crises de goutte, une arthrose nodulaire des doigts, enfin, une lésion erythémato-squameuse de la cuisse droite. Il a considéré que le patient présentait plusieurs pathologies rhumatologiques dégénératives qui, prises séparément n'étaient pas très handicapantes, mais qui ajoutées les unes aux autres devaient occasionner un certain handicap dans l'activité de manœuvre. Il a estimé que pour éviter un déconditionnement au travail, une reprise d'activité devait être tentée dans deux à trois semaines, d'abord à 50%, puis à 100% et que si cette reprise de travail se soldait par un échec, il faudrait envisager une évaluation multidisciplinaire afin d'évaluer la capacité de travail réelle.

6. Une IRM de l'épaule gauche pratiquée le 15 octobre 2002 a mis en évidence un discret élément en faveur d'une atteinte inflammatoire du tendon du sus-épineux compatible avec une périarthrite scapulo-humérale.

7. En raison d'une exacerbation des lombalgies chroniques, l'assuré a séjourné du 16 au 27 décembre 2002 dans le service de rhumatologie des (ci-après : "établissement hospitalier"). Dans un rapport du 30 décembre 2002, le Dr C_____, spécialiste en médecin interne, a indiqué qu'un Ct-scan lombaire effectué le 16 mai 2002 avait révélé une discrète protrusion discale postérieure au niveau L3-L4, L4-L5, sans conflit radiculaire. Il a ajouté qu'en raison d'un arc douloureux lors de l'abduction et l'antépulsion de l'épaule gauche, le 18 décembre 2002, il avait procédé à une échographie qui avait révélé une calcification au niveau du tendon du sus-épineux. Il a diagnostiqué des lombalgies communes chroniques, une périarthrite scapulo-humérale gauche, un diabète de type 2 non insulino-requérant, de l'hypertension artérielle, de l'hypercholestérolémie, de la goutte et de l'obésité.

8. Lors d'un bilan effectué au service d'ergothérapie des "établissement hospitalier" du 27 janvier au 6 février 2003, l'ergothérapeute a conclu, dans son rapport du 14 mars 2003, à l'existence de gênes lors du port de charge et a précisé que les charges devaient être portées si possible en bimanuel et qu'au vu de sa profession, le patient devait rencontrer des difficultés quotidiennement.

9. Le 7 avril 2003, l'assuré a consulté la Dresse D_____, spécialiste en médecine interne. Dans son rapport du 9 avril 2003, cette spécialiste a fait état d'une incapacité de travail à 100% depuis le 26 mars 2003 en raison d'une douleur au poignet droit améliorée par un traitement anti-inflammatoire et physiothérapeutique. Elle a précisé que l'obésité avec syndrome métabolique jouait un rôle important dans la limitation de la capacité de travail. Elle a estimé que d'autres facteurs que la maladie entraînaient une aggravation de l'état subjectif du patient, à savoir un syndrome métabolique sévère avec hypertension, diabète, goutte et obésité.

10. Le 4 juin 2003, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité tendant à l'octroi d'une rente.

11. Dans un rapport du 1er septembre 2003 destiné à l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après : OCAI), le Dr B_____ a diagnostiqué, d'une part avec répercussion sur la capacité de travail, des lombalgies chroniques sur troubles statiques et dégénératifs avec protrusions discales L3-L4 et L4-L5 depuis 1994, une gonarthrose bilatérale débutante depuis septembre 2002, une périarthrite scapulo-humérale gauche avec tendinite du sus-épineux depuis 2002, une arthrose nodulaire des doigts depuis avril 2002, une arthrose métatarso-phalangienne droite après plusieurs crises de goutte, enfin de l'obésité, d'autre part sans répercussion sur la capacité de travail, un syndrome métabolique (haute tension artérielle, diabète et hypercholestérolémie) et de la goutte. Il a attesté une incapacité de travail entière du 11 avril 2002 au 15 janvier 2003, puis à 50% dès le 16 janvier 2003 avec une rechute à 100% du 25 mars au 14 avril 2003. Dans son rapport annexe du 29 août 2003 concernant les capacités professionnelles, il a considéré que, d'une part, l'assuré subissait des limitations dans la position assise maintenue plus de deux heures, dans la position debout au-delà de quatre heures par jour, dans l'inclinaison du buste, dans la marche supérieure à un kilomètre, dans l'utilisation du membre supérieur gauche, dans le levage, le port et le déplacement de charges supérieures à dix kilos, d'autre part, il était dans l'incapacité de rester longtemps en position statique, de s'agenouiller, de s'accroupir, de se baisser, d'effectuer des mouvements occasionnels ou répétitifs des membres ou du dos, enfin, de travailler en hauteur ou sur une échelle.

12. Dans un rapport intermédiaire du 26 avril 2004, le Dr B_____ a considéré que l'état de santé était stationnaire, que la capacité de travail était de 50% tant dans le travail de manœuvre que dans une autre activité adaptée. Il a expliqué qu'une reprise du travail à un taux supérieur à 50% n'était envisageable ni dans le même métier, ni dans un autre métier vu le degré de scolarité du patient. Enfin, il a précisé que l'assuré ne présentait pas de troubles psychiques.

13. Dans son avis médical du 14 décembre 2005, le Dr E_____, médecin du service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a estimé qu'à la lecture du bilan d'ergothérapie pré-professionnel du 14 mars 2003, il ne comprenait pas ce qui empêchait l'assuré de mettre en pratique une capacité de travail entière dans une activité respectant les limitations fonctionnelles, par exemple, dans un emploi du type gardien de parking ou tri de pièces sur établi. En conséquence, il a requis un examen rhumatologique auprès du SMR Léman.

14. Le 27 février 2006, l'employeur a résilié les rapports de travail avec effet au 31 mai 2006 en raison des difficultés conjoncturelles rencontrées par le secteur de la construction dans le canton de Genève.

15. Le 8 mars 2006, l'assuré a été examiné par le Dr F_____, rhumatologue et médecin du SMR. Dans son rapport du 26 juin 2006, le Dr F_____ n'a posé aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail et s'est borné à retenir, sans répercussion sur la capacité de travail, des lombalgies chroniques non déficitaires dans un contexte de protrusion L4-L5, L5-S1, des troubles dégénératifs postérieurs L5-S1 (M 54.5), une gonarthrose bilatérale débutante, une arthrose nodulaire des doigts, une tendinite du muscle supra-épineux gauche et une obésité de classe I. Il a expliqué que, depuis 1997, l'assuré ne portait plus de sacs de ciment, mais n'effectuait que des travaux de nettoyage de chantiers, à savoir, par exemple, le nettoyage des dalles avec un balais avant de couler le béton et que le port des charges était au maximum de six à sept kilos. Il a admis des limitations fonctionnelles dans le port de charges supérieures à 16 kilos, dans le travail continu en station accroupie ou assise et dans les travaux continus en élévation du bras au-dessus de la tête. En définitive, il a reconnu une capacité de travail exigible à 100% tant dans l'activité habituelle d'aide sur des chantiers que dans une activité adaptée.

16. Dès le mois de juin 2006, l'assuré a reçu des indemnités journalières de l'assurance-chômage correspondant à sa capacité de travail de 50%.

17. Le 3 juillet 2006, l'OCAI a transmis à l'assuré une copie de son projet de décision de refus de rente et lui a imparti un délai de 30 jours pour faire part de ses éventuelles observations.

18. Le 29 août 2006, l'assuré a demandé à l'OCAI de lui faire parvenir son dossier et de lui accorder un délai supplémentaire de 15 jours dès réception du dossier pour prendre position.

19. Le 1er septembre 2006, l'OCAI a transmis son dossier à l'assuré et a précisé que le délai pour prendre position n'était pas prolongeable.

20. Par décision du 12 septembre 2006, l'OCAI a rejeté la demande de rente en estimant que les atteintes à la santé de l'assuré ne justifiaient pas d'incapacité de travail dans l'activité habituelle d'aide de chantier et que l'obésité entraînait une limitation de l'endurance, mais n'était pas invalidante au sens de l'assurance-invalidité.

21. Par acte du 11 octobre 2006, l'assuré a recouru contre ladite décision auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales. Il conclut à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité dès le mois d'avril 2003 et au calcul d'un nouveau taux d'invalidité dès le mois de mai 2006 (recte : juin). Il considère que le rapport du SMR du 23 juin 2006 (recte : 26 juin) ne remplit pas les critères jurisprudentiels pour qu'une force probante lui soit reconnue et que ses conclusions sont en contradiction avec les rapports du médecin-traitant, de l'ergothérapeute et des "établissement hospitalier" retenant une capacité de travail de 50% en tant que manœuvre dans le bâtiment. De plus, il estime qu'il lui sera très difficile de retrouver un emploi en qualité de manœuvre à 50% et que, conformément à la jurisprudence, une réduction supplémen-

taire de 25% dès juin 2006 doit être appliquée sur sa perte initiale de manœuvre du bâtiment.

22. Dans sa réponse du 7 novembre 2006, l'intimé a conclu au rejet du recours en se référant aux motifs contenus dans sa décision sur opposition. Il a estimé que l'expertise rhumatologique effectuée le 8 mars 2006 avait été menée dans le respect des critères jurisprudentiels et que les arguments invoqués dans le recours ne lui permettaient pas de procéder à une appréciation différente du cas.

23. Après transmission de cette écriture au recourant le 29 novembre 2006, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

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

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

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique 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 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 une rente d'invalidité dès le mois d'avril 2003, soit postérieurement à l'entrée en vigueur de la LPGA. En conséquence, sur le plan matériel, cette dernière s'applique au présent litige. 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 loi fédérale sur l'assurance-invalidité 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). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit puisque le recours a été formé après le 1er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

4. Selon l'art. 60 al. 1 LPGA, le délai de recours est de trente jours. La décision date du 12 septembre 2006 et a été reçue au plus tôt le lendemain alors que le délai de recours ne commence à courir que le lendemain de la communication (art. 38 al. 1 LPGA), soit le 14 septembre 2006, de sorte que le recours du 11 octobre 2006 a été formé en temps utile. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, il est recevable, en vertu des art. 56 ss LPGA.

5. Le litige porte sur le degré d'invalidité du recourant et, partant, sur le droit à une demi-rente de l'assurance-invalidité. En revanche, il n'y a pas lieu d'entrer en matière sur les conclusions du recourant tendant au calcul d'un nouveau taux d'invalidité dès la résiliation de ses rapports de travail, soit dès le 1er juin 2006, dès lors que cette question n'a pas fait l'objet de la décision dont est recours. En effet, dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports de droit à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 125 V 414 consid. 1a, 119 Ib 36 consid. 1b et les références citées).

6. 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 ac-

cident (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).

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.

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).

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).

7. 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, 220 consid. 4a).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif (art. 40 PCF en corrélation avec l'art. 19 PA ; art. 95 al. 2 OJ en liaison avec les art. 113 et 132 OJ), l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge 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. Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. Il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a).

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 juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 ss consid. 3b/ee; ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

8. Le recourant conteste la valeur probante du rapport du SMR du 26 juin 2006 et estime que sa capacité de travail résiduelle est de 50%. Quant à l'intimé, il considère que ledit rapport du SMR a pleine valeur probante et que puisqu'il retient une capacité de travail de 100% dans l'activité habituelle d'aide sur les chantiers, le recourant n'a pas droit à une rente d'invalidité.

   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 résiduelle de 100% tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée.

Dans son examen rhumatologique du 26 juin 2006, le Dr F_____ n'a diagnostiqué aucune affection avec répercussion sur la capacité de travail. En revanche, il a posé les diagnostics de lombalgies chroniques non déficitaires dans un contexte de protrusion L4-L5, L5-S1, de troubles dégénératifs postérieurs L5-S1 (M 54.5), de gonarthrose bilatérale débutante, d'arthrose nodulaire des doigts, de tendinite du muscle supra-épineux gauche et d'obésité de classe I en précisant que ces divers troubles n'avaient pas d'incidence sur la capacité de travail du recourant. Il a expliqué qu'il n'existait aucun élément de gravité au niveau du rachis puisqu'il n'y avait pas de signes d'irritation des racines tant sur les disques que sur les éléments postérieurs. Il a admis des limitations fonctionnelles dans le port de charges supérieures à 16 kilos, dans le travail continu en station accroupie ou assise et dans les travaux continus en élévation du bras au-dessus de la tête en ajoutant que le périmètre de marche à plat n'était pas limité par la gonarthrose débutante, mais par le déconditionnement physique et que les éléments objectifs radio-cliniques concernant le rachis ne permettaient pas d'admettre d'autres limitations fonctionnelles. Il a indiqué que, depuis 1997, l'assuré n'effectuait que des travaux de nettoyage de chantiers de sorte que l'activité professionnelle à considérer était celle d'aide de chantier effectuant des nettoyages et que, dans une telle activité, le port de charges était au maximum de six à sept kilos et qu'il n'y avait jamais eu d'incapacité de travail de longue durée d'au moins 20%. Il a estimé que les difficultés rencontrées par l'assuré sur le lieu de travail étaient davantage à mettre en relation avec son déconditionnement physique qu'avec les troubles dégénératifs ostéoarticulaires qui étaient peu importants. Il a considéré que, dans l'activité de manœuvre, les atteintes ostéoarticulaires objectivées n'étaient pas limitantes au contraire de la diminution de l'endurance de l'assuré lors de l'exécution des travaux lourds, due à l'obésité de classe I, qui n'était toutefois pas reconnue comme invalidante par l'assurance-invalidité. En définitive, il a conclu à une capacité de travail exigible à 100% tant dans l'activité habituelle d'aide sur des chantiers que dans une activité adaptée.

Ces explications ont apporté à l'intimé un éclairage quant à l'appréciation de la situation médicale et quant à la capacité de travail dans une activité adaptée qui lui permet de statuer en pleine connaissance de cause sur sa prise en charge. Il y a donc lieu d'examiner si ce rapport d'expertise remplit les conditions générales permettant de lui accorder une valeur probante.

Le rapport du Dr F_____ repose sur une étude du dossier médical et radiologique. Il se fonde sur un examen clinique complet lors duquel il a constaté une obésité de localisation abdominale, un déshabillage sans difficulté, des télangiectasies faciales, un foie de taille agrandie, des réflexes très faibles aux membres inférieurs, une mobilité de l'épaule gauche légèrement diminuée, un kyste non inflammatoire et indolore du dos du poignet droit, une palpation douloureuse du tubercule majeur gauche, une mobilité complète en flexion du tronc, une extension du rachis possible aux deux tiers d'amplitude et plus douloureuse que la flexion, une mobilité des genoux légèrement diminuée en flexion et plus douloureuse à droite, un épanchement

au genou gauche, une palpation douloureuse du compartiment interne aux deux genoux, une marche possible sur la pointe des pieds et sur les talons, enfin, des tests positifs de simulation et de distraction. Ce rapport prend également en considération les plaintes exprimées par le recourant, à savoir des lombalgies en barre intermittentes, augmentées en flexion du tronc ainsi que dans la matinée avec le travail et prédominantes le soir, qui le dérangent dans son travail deux à trois fois par semaine. Il a également tenu compte d'une tuméfaction du poignet droit fluctuante depuis 2003, douloureuse lors des mouvements de préhension, ainsi que de douleurs aux genoux présentes depuis quatre à cinq ans lors de la flexion et gênant le recourant lors du travail en position basse. En définitive, ce rapport a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, du dossier médical ainsi que radiologique. La description de la situation médicale et son appréciation sont claires. L'expert s'est exprimé sur l'évolution de l'état de santé ainsi que sur la capacité de travail exigible et a dûment motivé son point de vue. Ses conclusions sont cohérentes et convaincantes en tant que, notamment, elles reposent sur des constatations objectives seules pertinentes dans ce type d'appréciation.

Le recourant prétend que le rapport du SMR du 26 juin 2006 ne remplit pas les critères jurisprudentiels car il ne fait que reprendre sommairement les données contenues dans les divers rapports médicaux pour parvenir à des conclusions opposées. Contrairement à ce que soutient le recourant, ledit rapport d'expertise ne contient aucune reprise des rapports médicaux et appréciations antérieurs. En revanche, il contient une anamnèse, à savoir un rappel succinct des données médicales essentielles du dossier, conformément aux conditions posées par la jurisprudence. Quant aux conclusions, l'expert explique dans son rapport, en se référant aux données objectives ressortant du dossier radiologique pourquoi il ne retient que de légères limitations fonctionnelles et pourquoi il considère que la capacité de travail exigible du recourant est entière dans son activité d'aide de chantier. Ces explications sont convaincantes et justifient pleinement que son appréciation de la capacité de travail et des limitations fonctionnelles soit différente de celle de certains autres médecins. ll s'ensuit que le rapport d'expertise remplit toutes les conditions jurisprudentielles permettant de lui reconnaître une pleine force probante (cf. ATF 125 V 352 consid. 3a et la référence).

9. Il reste à examiner si le dossier contient des indices concrets permettant de douter du bien-fondé des conclusions du Dr F_____.

Dans son rapport du 30 décembre 2002, le Dr C_____ a diagnostiqué des lombalgies communes chroniques, une périarthrite scapulo-humérale gauche, un diabète de type 2 non insulino-requérant, de l'hypertension artérielle, de l'hypercholestérolémie, de la goutte et de l'obésité. Il a estimé que l'aggravation des lombalgies, présente depuis mai 2002, était de caractère mécanique et améliorée par le repos, la prise de Brufen ainsi que par la physiothérapie massive. Lors de son examen clinique, il a mis en évidence une cyphoscoliose dorsale avec surélévation de l'épaule

droite et relâchement de la sangle abdominale, une douleur lors de la flexion latérale de la colonne lombaire à gauche à environ 30° et une hyperextension douloureuse du rachis lombaire, enfin, un arc douloureux entre 90 et 120°. Enfin, il s'est déclaré très pessimiste quant à la possibilité d'une reprise du travail à temps complet chez ce patient présentant des douleurs chroniques lombaires et travaillant dans le bâtiment.

Ce rapport ne se prononce pas à proprement parler sur la capacité résiduelle de travail du recourant, ni sur ses limitations fonctionnelles. Quant au pessimisme de l'examinateur quant à une reprise du travail à temps complet eu égard aux douleurs lombaires, il n'est pas motivé. Par ailleurs, dans son rapport, le Dr C_____ ne mentionne pas l'existence de l'allégement du travail déjà consenti par l'employeur à partir de 1997 de sorte que son pessimisme tient compte manifestement de l'activité de maçon et non pas de travaux de nettoyage sur les chantiers.

Lors du bilan d'ergothérapie pré-professionnel, dans son rapport du 14 mars 2003, l'ergothérapeute des "établissement hospitalier" a tenu compte d'un poste de travail impliquant toutes les positions (debout, accroupi, à genoux) ainsi que beaucoup de ports de charges. Elle a retenu une capacité à maintenir tant la position debout qu'assise durant une heure, des difficultés à changer rapidement de posture en raison des limitations physiques et de la corpulence du patient, des difficultés à travailler au-dessus du niveau du plan des épaules lorsque la charge devenait lourde, des difficultés à porter des charges de 15 kg. Elle a indiqué que le patient avait des problèmes de santé au dos et aux genoux mais que sa corpulence l'handicapait également. Elle a précisé que les charges devaient être portées si possibles en bimanuel et qu'au vu de sa profession, il devait rencontrer des difficultés quotidiennement.

Bien qu'il soit permis de douter qu'un rapport émanant d'une ergothérapeute puisse ébranler les conclusions émises par un médecin, il y a également lieu de relever que sa rédactrice parle du port de nombreuses charges de sorte que, dans ce cas également, ce rapport ne tient manifestement pas compte des travaux de nettoyage sur les chantiers, mais bien de l'activité de maçon. De plus, il ne fait pas la distinction entre les gênes dues aux problèmes de santé et celles provoquées par l'obésité.

Dans un rapport du 9 avril 2003, la Dresse D_____ a estimé que le problème d'obésité avec syndrome métabolique jouait un rôle important et a proposé une activité professionnelle à 50% ainsi qu'une prise en charge pour tenter de motiver le patient à perdre du poids à l'aide d'une consultation spécialisée aux "établissement hospitalier". Elle a précisé que d'autres facteurs que la maladie entraînaient une aggravation de son état subjectif, à savoir un syndrome métabolique avec hypertension, du diabète, de la goutte et de l'obésité.

Ce rapport médical ne précise pas expressément les motifs de l'incapacité de travail à 50%. Toutefois, implicitement, il semble justifier une telle incapacité de travail

par l'obésité et le syndrome métabolique qui lui est associé tout en précisant que ces facteurs ne sont pas morbides.

Dans son rapport du 1er septembre 2003, le Dr B_____ a diagnostiqué, d'une part avec répercussion sur la capacité de travail, des lombalgies chroniques sur troubles statiques et dégénératifs avec protrusions discales L3-L4 et L4-L5, une gonarthrose bilatérale, une périarthrite scapulo-humérale gauche avec tendinite du sus-épineux, une arthrose nodulaire des doigts, une arthrose métatarso-phalangienne droite après plusieurs crises de goutte, enfin de l'obésité, d'autre part sans répercussion sur la capacité de travail, un syndrome métabolique (haute tension artérielle, diabète et hypercholestérolémie) et de la goutte. Il a constaté une cyphoscoliose dorsale droite, des douleurs du rachis de D8 au sacrum, une extension diminuée de 50% de la charnière lombo-sacrée et entraînant des douleurs, enfin, des latéroflexions lombaires de 20° des deux côtés. Il a estimé qu'avec le traitement instauré le patient arrivait tout juste à fournir une activité professionnelle à 50% et que des tentatives de régime s'étaient soldées par un échec. Il a précisé qu'à long terme la capacité de travail risquait de diminuer et que, pour le moment, une rente d'invalidité serait judicieuse. Enfin, il a expliqué qu'une reconversion professionnelle n'était pas envisageable vu le mauvais degré de scolarisation. Dans son rapport annexe du 29 août 2003 concernant les capacités professionnelles, le Dr B_____ a admis des limitations à maintenir une position assise plus de deux heures par jour et une position debout au-delà de quatre heures, à incliner le buste, à marcher au-delà d'un kilomètre, à utiliser le membre supérieur gauche, à lever, porter et déplacer des charges supérieures à dix kilos, à maintenir une position immobile, à s'agenouiller, s'accroupir et se baisser, à exécuter des mouvements occasionnels ou répétitifs des membres ou du dos, enfin, à travailler en hauteur ou sur une échelle. Puis, dans son rapport du 26 avril 2004, le Dr B_____ a indiqué que la capacité de travail du patient était de 50% tant dans le poste de travail occupé comme manœuvre que dans une autre activité adaptée. Il a considéré qu'une reprise du travail à plus de 50% n'était pas envisageable ultérieurement dans le même métier, ni même dans un autre métier vu le degré de scolarité du patient.

Les diagnostics posés par le Dr B_____ concordent pour l'essentiel avec ceux retenus par le Dr F_____. En revanche, tant les limitations fonctionnelles que l'appréciation de la capacité de travail raisonnablement exigible dans une activité adaptée tenant compte desdites capacités fonctionnelles divergent. Toutefois, le médecin-traitant n'a pas motivé son appréciation qui conclut à des limitations fonctionnelles dans à peu près toutes les capacités professionnelles, ni expliqué pourquoi il a retenu bien d'autres limitations que celles admises par l'ergothérapeute des "établissement hospitalier", alors que celle-ci ne fait pourtant pas la distinction entre les limitations dues à l'obésité et celles provoquées par les problèmes du rachis et des genoux. Quant à l'estimation de la capacité de travail, elle n'est pas pertinente puisqu'elle repose sur le taux que le patient s'estime en mesure d'effectuer et non pas sur la capacité résiduelle de travail raisonnablement exigible de la part du re-

courant. Par ailleurs, le médecin-traitant n'explique pas quelle activité il a pris en considération dans son appréciation, à savoir s'il s'agit de celle de manœuvre ou des travaux de nettoyage de chantier. Enfin, il est peu plausible que le taux de capacité de travail soit identique dans l'activité de manœuvre et dans une activité adaptée. En effet, si comme l'a déclaré le recourant à l'ergothérapeute son activité professionnelle impliquait le port de nombreuses charges, on ne verrait alors pas comment, dans une activité adaptée, à savoir sans nombreuses charges, sa capacité de travail ne pourrait pas être supérieure à 50%. De plus, 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)

En définitive, la plupart des médecins se sont contentés d'émettre un pronostic peu favorable quant à une reprise éventuelle du travail, sans véritablement argumenter. Par ailleurs, les médecins ont tenu compte dans leur appréciation des limitations dues à l'obésité qui n'est en soi pas constitutive d'invalidité (RCC 1984 p. 359), mais qui peut cependant avoir valeur d'invalidité si elle est elle-même la conséquence ou le symptôme d'une atteinte à la santé physique ou mentale engendrant une invalidité ou si elle est à l'origine d'une atteinte à la santé physique et/ou mentale importante et durable, comme une lésion cérébrale organique ou neurologique ou une altération d'origine organique de la personnalité sur le plan affectif (circulaire AI n° 1013; ATF 99 V 28 consid. 2; VSI 2002 p. 32 consid. 2a, 1996 p. 319 consid. 2a, 321 consid. 1a et 325 consid. 1a). En outre, il semble que ledit pronostic est davantage lié au degré de scolarité du patient, soit un critère dont l'assurance-invalidité n'a pas à tenir compte (sur la portée des facteurs psychosociaux et socioculturels, cf. ATF 127 V 299 consid. 5a), qu'aux problèmes de santé rencontrés par l'intéressé. Dès lors, contrairement à ce que soutient le recourant, ces divers rapports médicaux ne permettent nullement de douter des conclusions de l'expertise du Dr F_____ de sorte qu'il n'existe aucun élément médical objectif justifiant d'admettre une capacité de travail résiduelle raisonnablement exigible inférieure à 100% dans l'activité habituelle d'aide sur des chantiers et dans toute activité adaptée.

En conséquence, il n'existe aucune raison médicale empêchant le recourant d'exercer l'activité exercée précédemment, ce qui établit l'absence de droit à une rente d'invalidité.

10. Au vu de ce qui précède, le recours s'avère mal fondé. Etant donné que depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du

recours, il y a lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument de 200 fr.

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 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
Yaël BENZ	Isabelle DUBOIS

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