REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4531/2006 **ATAS/129/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 2

du 13 février 2007

En la cause

Monsieur D_____, domicilié , BERNEX, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître CAMPART Jérome	recourant

contre

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

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

EN FAIT

1. Monsieur D_____ (ci-après le recourant), né en 1953 et d'origine portugaise, est marié et a deux enfants. Il n'a pas de formation professionnelle. Il a travaillé dans un premier temps en qualité de manœuvre dans la construction. Il est arrivé en Suisse au mois d'avril 1988 et réside depuis à Genève. Dès cette date, il a travaillé en qualité d'employé agricole par l'entreprise X_____, ayant été rachetée par la suite par "Y_____".

2. En 2002, le recourant a été victime d'un accident de travail. Il a fait une chute d'un chariot qui lui a occasionné de vives douleurs dans l'épaule droite et au niveau des vertèbres cervicales.

3. Dans le rapport du 7 février 2003, le Dr A_____, radiologue - spécialiste FMH, a communiqué à la Dresse B_____, médecine générale, spécialiste FMH, médecin traitant du recourant, les résultats de son échographie de l'épaule droite, ainsi que de ses radiographies. Il a diagnostiqué un grand volume pulmonaire mais sans foyer de condensation, un aspect déroulé de la portion ascendante de l'aorte thoracique, des troubles statiques du rachis cervical sous forme d'une scoliose à convexité gauche et diminution de la lordose physiologique, une cervicarthrose en C5-C6 avec bec ostéophytaire antérieur, un minime glissement antérieur de C3 lors de la flexion qui régresse en extension, un espace articulaire acromio-claviculaire conservé, un pincement modéré de l'articulation acromio-claviculaire. Il a également conclu qu'il y avait une lame de liquide dans la bourse sous-acromiale évoquant le diagnostic de bursite, que le tendon du long chef du biceps était dans sa gouttière bicipitale. En revanche, il n'a pas constaté de calcification à la hauteur du trochiter pour une PSH, ni d'épanchement pleural, ni d'image de rupture de la coiffe des rotateurs.

4. L'imagerie par résonnance magnétique (ci-après IRM), effectuée le 25 mars 2003 par le Dr A_____, a démontré qu'il y avait une cervicarthrose en C5-C6 et très discrètement en C6-C7 avec protusion discale en C5-C6 mais sans image d'hernie ni effet compressif sur les racines, que les racines étaient symétriques et libres dans les trous de conjugaison, et que le cordon médullaire était de topographie normale et de signal homogène.

5. Dans le courrier du 15 mai 2003, adressé à la Dresse B_____, le Dr C_____, spécialiste FMH en ORL et chirurgie cervico-faciale, a indiqué avoir effectué un bilan otoneurologique, au motif que le recourant présentait depuis environ deux mois des vertiges rotatoires. Il a constaté que les examens mis en œuvre étaient en faveur d'une I.V.B. Selon ce médecin, les troubles dégénératifs du rachis cervical étaient vraisemblablement responsable de la compression extrinsèque des artères vertébrales limitant ainsi la vascularisation de l'oreille interne principalement lors de certains mouvements de la tête. Il pensait pouvoir

limiter les douleurs cervicales et l'hypoxie de l'oreille par un traitement physique doux pratiqué par un physiothérapeute expérimenté.

6. Dans son rapport du 16 juillet 2003, adressé au Dr D_____, médecin spécialiste FMH, chirurgie orthopédique, le Dr A_____ a posé comme diagnostics, suite à une radiographie de l'épaule droite et de la clavicule droite, à une tête humérale à sphéricité conservée, une discrète sclérose du trochiter mais sans calcification adjacente, un espace articulaire gléno-huméral conservé. Il n'a pas constaté d'ascension de la tête humérale ni luxation, ni de trajet fracturaire à la hauteur de la clavicule, ni d'excroissance osseuse au niveau de l'acromion pour un conflit sous-acromial. Selon le médecin, l'articulation acromio-claviculaire droite paraissait légèrement large.

7. Dans le courrier du 18 août 2003, adressé à la Dresse B_____, le Dr D_____ a déclaré que les radiographies effectuées ne montraient pas de lésion osseuse, et qu'un traitement de physiothérapie et de massage avait moyennement amélioré la situation. A son avis, la pathologie du recourant était essentiellement centrée sur l'atteinte cervicale et il pensait qu'un bilan éventuellement neurologique pourrait aboutir à un traitement qui pourrait venir en aide au recourant.

8. En date du 15 mars 2004, le recourant a déposé une demande de prestation auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OCAI), visant à un reclassement dans une nouvelle profession et à l'octroi d'une rente.

9. Un questionnaire a été envoyé en date du 22 mars 2004 à l'employeur du recourant. Il ressort de ce questionnaire que le recourant a subi plusieurs arrêts de travail dès le 5 février 2003, à raison de 100% du 5 février au 23 mars 2003, de 50% du 24 mars au 19 novembre 2003, et à partir du 20 novembre 2003, il n'a plus repris le travail.

10. En date du 28 avril 2004, le recourant a subi une intervention effectuée par le Dr E_____, chef de Clinique adjoint aux (ci-après "établissement hospitalier"). Il s'agissait d'une cure d'hernie inguinale droite par laparoscopie. Un hématome scrotal était apparu le premier jour post-opératoire.

11. Dans le rapport médical du 20 juin 2004, sur demande de l'OCAI, la Dresse B_____ a posé comme diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail des cervico-dorso-lombalgies aigües sur troubles statiques et dégénératifs de la colonne cervico-dorso-lombaire, sur discopathie C5-C6, sur protusion discale C5-C6 et sur probable instabilité cervical-glissement antérieur de C3, des cervico-brachialgies aigües droites, une tendinopathie à l'épaule droite et sur déchirure du bourrelet glénoïdien antéro-inférieur, des vertiges sur IVB, et un état d'angoisse. Elle a également diagnostiqué un status post-cure d'une hernie inguinale droite, une suspicion de fibromyalgie et une suspicion d'HTA, qui n'ont aucune répercussion

sur la capacité de travail. Elle a constaté une incapacité de travail de 100% dès le 20 novembre 2003. Selon ce médecin, l'état de santé du recourant était stationnaire.

Dans l'annexe au rapport médical, la Dresse B_____ a indiqué qu'il y avait une contre-indication pour le port de charges lourdes. De plus, elle a considéré que le recourant ne pouvait plus exercer son activité habituelle ni même une autre activité. En effet, dans le rapport médical concernant les capacités professionnelles datant du même jour, elle a estimé que l'état de santé du recourant ne lui permettait pas de travailler.

12. Une IRM lombaire a été effectuée le 20 septembre 2004 par le Dr A_____ pour la Dresse B_____. Le médecin a conclu à une dégénérescence discale en L2-L3, L3-L4 et L4-L5 avec ébauche ostéophytaire antérieure, une protusion discale en L3-L4 de localisation foraminale gauche en contact discret avec la racine L3 gauche dans son trajet extra-foraminal. Une protusion discale médiane sous-ligamentaire en L4-L5 et sans effet compressif sur les racines. Selon ce médecin, les racines étaient symétriques et libres dans les trous de conjugaison.

13. Dans une note médicale du 11 octobre 2004, le Dr F_____, médecin conseil du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après SMR), a constaté que l'atteinte de l'épaule droite était certainement l'événement prépondérant. Dès lors le métier d'employé agricole ne convenait plus. Selon ce médecin, "un travail simple plus léger qui épargne l'épaule (et par conséquent le rachis) devrait être envisageable avec un rendement de l'ordre de 75%".

14. Dans son rapport du 11 avril 2005, la division de réadaptation professionnelle a estimé que la situation médicale devait être éclaircie avant de poursuivre les démarches de réadaptation. Par conséquent, par communication du 13 avril 2005, l'OCAI a informé le recourant qu'une expertise médicale serait diligentée.

15. Par courrier du 13 juin 2005, adressé à la Dresse B_____, le Dr Thomas J_____, médecin chirurgien orthopédiste, spécialiste FMH, a indiqué qu'une IRM du 9 mai 2005 mettait en évidence une lésion grade-3 de la corne postérieure du ménisque interne. L'examen clinique l'a même confirmé. Il a décidé d'adresser le recourant aux "établissement hospitalier", département d'orthopédie, pour une intervention chirurgicale.

16. Le recourant a été soumis à l'expertise médicale le 25 octobre 2005 et le 14 décembre 2005. Le rapport d'expertise a été établi le 16 janvier 2006 par le Dr G_____, médecin-chef, service de rhumatologie à "établissement hospitalier", et la Dresse H_____, cheffe de clinique. Ces experts ont procédé à une anamnèse familiale, personnelle, sociale et par systèmes, ainsi qu'à la description des plaintes du recourant. Ils se sont basés sur le dossier complet du recourant, notamment les examens médicaux effectués depuis février 2003. Ils ont posé comme diagnostics une cervicalgie chronique sur arthrose modérée, des

lombalgies chroniques sur arthrose débutante, une lombo-radiculalgies L3 gauches sur hernie discale foraminale L3-L4 gauche, sans signes irritatifs ni déficitaires, des douleurs de l'épaule droite (tendinopathie du sous-épineux et bursite deltoïdienne, février 2003), une tendance dépressive modérée, status post-cure d'une hernie inguinale droite en avril 2004, un syndrome douloureux diffus, un probable syndrome d'exagération des plaintes.

L'examen clinique a trouvé, au niveau du rachis cervical, une douleur locale et un discret syndrome rachidien. Au niveau lombaire, ils ont observé une accentuation de la lordose lombaire et des douleurs dorsales associées à un syndrome rachidien modéré. L'examen neurologique était normal, sans signe irritatifs ou déficitaires. A l'épaule droite, ils ont trouvé une sensibilité globale, avec diminution de la mobilisation active et passive.

Le bilan radiologique du rachis cervical a conclu à une cervicarthrose de C5-C6 et plus discrètement de C6-C7, avec protusion discale en C5-C6, sans image d'hernie ni d'effet compressif sur les racines. Au niveau lombaire, ils ont constaté une dégénérescence discale L2-L3, L4-L5, avec ébauche ostéophytaire antérieure et protusion discale L3-L4 foraminale gauche en contact discret avec la racine L3. A l'épaule gauche, le bilan indiquait une tendinopathie du sous-épineux, sans image de rupture et status après déchirure du bourlet glénoïdien antéro-inférieur.

En tenant compte des plaintes du recourant, de l'examen clinique et des examens radiologiques, les experts ont considéré qu'il ne pouvait plus effectuer d'activité physique lourde, comme son activité d'employé agricole.

Les experts ont estimé que des mesures de réadaptation professionnelle pouvaient être envisagées dans des travaux non lourds, avec port de charges quotidiennes de moins de 15 kg. Un soutien psychologique était jugé nécessaire par les experts afin que le recourant reprenne confiance dans ses capacités physiques, car un syndrome d'amplification des plaintes n'était pas exclu, étant donné un manque absolu de collaboration à l'évaluation isocinétique du rachis, le nombre de tests de non-organicité (Waddell) présents et une certaine résistance musculaire à l'examen clinique. Ils ont conseillé au recourant d'effectuer régulièrement les exercices d'hygiène vertébrale qui lui avaient été enseignés et de perdre du poids. Ils ont conclu que des activités sans port de charges lourdes de plus de 15 kg, d'une manière quotidienne et répétée, pouvaient être exigées, surtout s'il n'y avait pas de mouvements de l'épaule droite au-dessus du plan de l'épaule. Sans port de charges lourdes, l'incapacité de travail ne dépassait pas 20%, d'après les experts. Ils ont cité comme exemple une activité dans l'horlogerie, la petite mécanique, le nettoyage léger, la conciergerie.

17. Par courrier du 25 janvier 2006, le Dr G_____ et la Dresse H_____ ont adressé à l'OCAI un complément au rapport d'expertise du 16 janvier 2006, en

raison de l'envoi tardif des radiographies effectuées au Centre d'imagerie médicale par le Dr A_____ le 1er novembre 2005. Selon les experts, le bilan radiologique était "tout à fait superposable à celui effectué antérieurement". Par conséquent, ils ont conclu que ce bilan ne modifiait pas leur conclusion de l'expertise.

18. En date du 20 février 2006, le Dr A_____ a procédé à une échographie du coude droit, pour le Dr B_____. Il a conclu à une tuméfaction et à un aspect relativement hypoéchogène de l'insertion des muscles épicondyliens évoquant le diagnostic d'épicondylite, sans calcification associée.

19. Dans l'avis médical du 3 avril 2006 du SMR, le Dr F_____ a constaté que les radiographies effectuées à la fin de l'année 2005 ne modifiaient pas l'avis des experts. Il a considéré que la capacité de travail était estimée à 80% dans un poste léger et adapté afin de tenir compte des plaintes, de l'examen clinique et des examens radiologiques, et que les lésions dégénératives étaient "modestes et même peu importante au fait que le recourant a toujours travaillé comme agriculteur". Il a indiqué qu'il restait un manque de précision concernant l'atteinte lombaire, c'est pourquoi il a décidé de poser des questions aux experts.

20. Par courrier du 3 avril 2006, le Dr F_____ a tout d'abord demandé aux experts de clarifier la question de l'atteinte lombaire. En effet, les experts retenaient dans les diagnostics une lombo-radiculalgies L3 gauche sur hernie discaleforaminale L3-L4 gauche, alors que dans leur discussion ils parlaient de "protusion discale". Le SMR voulait savoir ce qu'il en était exactement. Dans un deuxième temps, il voulait que les experts lui indiquent en quoi consistait l'évaluation isocinétique du rachis et quel était son but. Et sa dernière question était de savoir si l'appréciation de la capacité de travail dans un poste adapté se basait sur les plaintes du recourant, l'examen clinique, les examens radiologiques, et également du trouble dépressif considéré comme modéré.

21. Par pli du 25 avril 2006, le Dr G_____ et la Dresse H_____ ont répondu à la demande du SMR pour les renseignements complémentaires de l'expertise. La réponse à la première question était qu' "une protusion discale qui vient en contact avec la racine L3 gauche peut être interprétée comme une hernie foraminale". Concernant la question sur l'évaluation isocinétique du rachis, ils ont expliqué qu'il s'agissait d'un examen dynamométrique, qui, en pratique clinique, avait comme but d'établir un programme d'entraînement en physiothérapie, en mesurant la force de différents groupes musculaires. Cette évaluation permettait également d'enregistrer l'effort réel fournit par le patient. Dans le cas du recourant cette participation était nulle. En effet, les experts ont constaté que le recourant n'avait pas du tout participé à l'examen qui lui avait été demandé, d'où le diagnostic de probable syndrome d'exagération des plaintes. Pour ces médecins, "un patient avec un problème physique réel présente une courbe tout à fait différente".

S'agissant de la troisième question, ils ont répondu par l'affirmative, c'est-à-dire que l'appréciation tenait compte de tous les diagnostics énoncés.

22. Dans l'avis médical du 22 mai 2006 du SMR, le Dr F_____ a conclu, à l'aide des indications complémentaires des experts, qu'une capacité de travail de 80% dans un poste adapté pouvait être retenu, et cela même depuis l'incapacité de travail dans son métier en 2002.

23. Dans son rapport du 14 juin 2006, la division de réadaptation professionnelle a considéré que le degré d'invalidité du recourant était de 18%, et que par conséquent il excluait le droit à des prestations sous forme de rente. Elle a pris en compte un revenu de 4'588 fr. ajusté à un horaire de 41,6 heures de travail hebdomadaire, selon l'Enquête Suisse sur la Structure des salaires (ci-après ESS), publiée par l'Office fédéral de la statistique, de 2004. Le revenu d'invalide était ainsi de 41'226 fr. compte tenu d'une capacité de travail de 80% et d'une réduction supplémentaire de 10%. Cette déduction prenait en compte son âge, des années de service dans la dernière activité, le fait que le recourant ne puisse plus exercer d'activité lourde, et le fait que sa capacité de travail ne soit pas entière. Le revenu sans invalidité était, selon l'attestation de son employeur, de 50'067 fr. 60 en 2004. La division a également proposé d'informer le recourant que s'il faisait une demande expresse et motivée, il pouvait bénéficier d'une mesure d'aide au placement au sens d'un soutien dans la recherche d'emploi adapté.

24. En date du 24 août 2006, l'OCAI a envoyé au recourant un projet de décision, reçu par celui-ci le 6 septembre 2006, dans laquelle il rejetait la demande de rente au motif que, suite à la comparaison des revenus, le degré d'invalidité était de 18% et ne donnait pas droit à des prestations.

25. Par courrier du 6 octobre 2006, le recourant a formé opposition contre le projet de décision. Il a conclu à ce que l'OCAI lui octroie une rente "pleine et entière", et qu'il ordonne toute mesure d'instruction utile à déterminer son degré d'invalidité réel. Le recourant a allégué que son état de santé s'était détérioré, car ses douleurs dorsales et de l'épaule s'étaient amplifiées. Par ailleurs, il a indiqué avoir subi une intervention chirurgicale sur le ménisque du genou droit et que le but de cette opération n'avait pas été atteint. En effet, les douleurs dans cette articulation sont devenues plus fortes que ce qu'il ressentait auparavant. Il a considéré que ces douleurs restreignaient de manière importante sa mobilité. En outre, il a signalé avoir effectué un examen au sein des "établissement hospitalier" le 15 septembre 2006, qui a relevé de nombreux problèmes au niveau de la région annale, notamment une affection hémorroïdaire. Il a rappelé qu'il ne parlait pas très bien le français, qu'il était toujours en incapacité totale de travail, que depuis le mois de février 2005 il ne percevait plus aucun revenu, et enfin, qu'il ne pouvait pas garder la même position plus de quinze minutes. Il a ajouté que son problème au genou, étant postérieur à l'expertise, n'a pas été pris en compte dans cette expertise. Ce

problème pourrait avoir une influence sur son taux d'invalidité. En étant âgé de 53 ans et en tenant compte des affections physiques qui l'invalident, il a considéré que le marché de l'emploi lui serait fermé.

26. Dans une note du 12 octobre 2006, le Dr I_____, médecin au SMR, a conclu qu'il n'y avait aucun argument médical pertinent de nature à remettre en question l'exigibilité médicale retenue, suite aux renseignements complémentaires apportés par le recourant lors de son opposition.

27. Par décision du 31 octobre 2006, l'OCAI a rejeté la demande de prestations AI, au motif que le degré d'invalidité était de 18%.

28. Par courrier du 4 décembre 2006, le recourant a interjeté recours auprès du Tribunal des assurances sociales (ci-après Tribunal), en sollicitant préalablement que le Tribunal annule la décision attaquée et ordonne une expertise neurologique au sujet des vertiges dont il se plaint. Il a conclu principalement que le Tribunal admette qu'il bénéficie "d'une pleine et entière rente", qu'il ordonne toute mesure d'instruction utile à déterminer son degré d'invalidité réel, et qu'il condamne l'OCAI à tous les dépens. Pour l'essentiel, il s'est référé à son opposition du 6 octobre 2006, en complétant ou rajoutant certains points. Il a invoqué le fait que les conclusions des experts et celles du Dr B_____ sont totalement opposées, que l'expertise ne contenait aucune trace d'un bilan neurologique, comme cela été souhaité. Le recourant a estimé que les investigations nécessaires à déterminer sa capacité de travail du strict point de vue médical sont lacunaires, puisque le bilan neurologique faisait défaut. Par conséquent, la décision n'était pas le reflet exact de la situation médicale du recourant et de l'impact médical de celle-ci sur ses capacités professionnelles. Il a constaté que l'OCAI n'a pas "discuté" des divergences entre les avis médicaux, qu'aucun élément de l'expertise ne permettait d'expliquer pourquoi les experts avaient conclu à une incapacité de travail de 20%, que l'OCAI n'a pas pris en compte l'âge et les carences de formation du recourant. En effet, il a rappelé qu'il avait 53 ans et qu'il n'avait suivi que la scolarité obligatoire à l'étranger. En outre, il a produit un rapport du 23 novembre 2006 du Dr J_____ adressé à la Dresse B_____, qui faisait état d'une irritation F/P nette qui, selon le médecin, était à l'origine dans la grande majorité des symptômes ressentis au niveau de ce genou droit. Ce médecin a par conséquent décidé de prescrire au recourant des séances de physiothérapie.

29. Dans sa réponse du 4 janvier 2007, l'intimé a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Il a constaté que le dossier était complet et qu'une expertise neurologique n'apporterait aucun élément nouveau utile. Selon l'intimé, l'expertise du 16 janvier 2006 a pleine valeur probante et n'a pas à être écarté. Concernant les affections qui selon le recourant n'ont pas été prises en compte par les experts, l'intimé a considéré qu'en réalité il ne s'agissait pas de nouvelles affections car le problème au coude droit avait déjà été évoqué par le Dr

A_____, même s'il ne l'avait pas diagnostiqué formellement. En outre, les experts avaient constaté des douleurs intenses à la palpitation du coude droit. S'agissant des douleurs au genou droit, l'intimé a indiqué que déjà lors de l'expertise, le genou lui occasionnait des douleurs. Par ailleurs, il s'est référé au rapport du 23 novembre 2006 du Dr J_____. Selon l'intimé, l'instruction médicale du dossier étant complète, elle ne justifiait pas une mesure d'instruction complémentaire. L'intimé a relevé que les douleurs aggravées du recourant devaient être assimilées à un trouble somatoforme douloureux, et que dans le cas du recourant il n'était pas reconnu comme invalidant. Il a toutefois rappelé que les experts en avaient qu'en même tenu compte dans leur évaluation. L'intimé a indiqué que la notion de marché économique du travail était une notion théorique et ne pouvait en l'espèce pas être remise en question d'après les motifs du recourant. Enfin, il a admis qu'on pouvait discuter du montant de la déduction à effectuer. Mais il a constaté que même en retenant l'abattement maximum, qui selon lui ne serait pas justifié, le taux d'invalidité serait de 31%, en l'occurrence toujours inférieur aux 40% nécessaires pour ouvrir le droit aux prestations sous la forme de rente d'invalidité. En revanche, dans ce cas, le recourant aurait droit à des mesures d'ordre professionnel.

30. Par pli du 11 janvier 2007, le Tribunal a communiqué cette écriture au recourant 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'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 (LAI).

   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; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). La LPGA s'applique au cas d'espèce, car tous les faits juridiquement déterminants remontent à une date postérieure à son entrée en vigueur. Par ailleurs, les règles en assurance-invalidité sont celles de la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959, dans sa teneur au 1er janvier 2004 (LAI).

   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). Le projet de décision de l'OCAI a été envoyé après le 1er juillet 2006, soit le 24 août 2006. Par conséquent, le présent cas est soumis au nouveau droit.

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

5. La question litigieuse est de savoir si c'est à juste titre que l'OCAI a refusé toute rente au recourant.

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 accident (art. 7, 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI).

   Selon 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. D'après l'art. 28 al. 1bis LAI, dans les cas pénibles, l'assuré peut 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.

   Aux termes de l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins (let. a) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (let. b).

Selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a, ATF 105 V 207 consid. 2).

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux sont raisonnablement exigibles de la part de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1).

7. 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; ATAS/1121/2006 du 6 décembre 2006).

8. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. 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. 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).

Ainsi, lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants et bien

motivés, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb).

S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

9. En l'espèce, le Tribunal constate tout d'abord que le rapport d'expertise du 16 juillet 2006 a pleine valeur probante selon les exigences jurisprudentielles. En effet, les plaintes du recourant ont été prises en considération par les experts. Le rapport a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse. La description du contexte médical ainsi que l'appréciation globale du cas sont claires. Cette expertise est donc complète et bien motivée.

   Par conséquent, force est de constater qu'il est inutile de procéder à une instruction complémentaire et à une expertise neurologique, comme l'exige le recourant. En effet, le dossier médical est complet et les différents rapports médicaux qui s'y trouvent sont clairs. De plus, le Dr C_____ a effectué un bilan otoneurologique, et un bilan neurologique a été fait par les experts. On rappellera plus particulièrement que douze examens (IRM et radiographies) ont été effectuées par le Dr A_____, radiologue.

10. Il convient dès lors de comparer les diagnostics du médecin traitant et des experts.

    La Dresse B_____ a conclu à des cervico-dorso-lombalgies aigües sur troubles statiques et dégénératifs de la colonne cervico-dorso-lombaire, sur discopathie C5-C6, sur protusion discale C5-C6 et sur probable instabilité cervical-glissement antérieur de C3, des cervico-brachialgies aigües droites, une tendinopathie à l'épaule droite et sur déchirure du bourrelet glénoïdien antéro-inférieur, des vertiges sur IVB, un état d'angoisse, un status post-cure d'une hernie inguinale droite, une suspicion de fibromyalgie et une suspicion d'HTA. Elle a constaté une incapacité de travail de 100% dès le 20 novembre 2003. Selon ce médecin, l'état de santé du recourant était stationnaire et ne lui permettait pas de travailler ni dans son activité habituelle ni dans une autre activité.

    Quant aux experts, ils ont posé comme diagnostics une cervicalgies chroniques sur arthrose modérée, des lombalgies chroniques sur arthrose débutante, une lombo-radiculalgies L3 gauches sur hernie discale foraminale L3-L4 gauche, sans signes irritatifs ni déficitaires, des douleurs de l'épaule droite (tendinopathie du sous-épineux et bursite deltoïdienne, février 2003), une tendance dépressive modérée, status post-cure d'une hernie inguinale droite en avril 2004, un syndrome

douloureux diffus, un probable syndrome d'exagération des plaintes. Ils ont considéré que le recourant ne pouvait plus effectuer d'activité physique lourde, comme son activité d'employé agricole, mais qu'il avait une capacité de travail résiduelle de 80% dans une activité adaptée sans port de charges lourdes.

Le Tribunal constate que, dans l'essentiel, la Dresse B_____ et les experts arrivent aux mêmes diagnostics. En revanche, ils se distinguent dans l'appréciation de la capacité de travail résiduelle. En effet, la Dresse B_____ considère que le recourant est toujours en totale incapacité de travail depuis fin 2003, alors que les experts évaluent l'incapacité de travail à 20% au maximum, dans une activité adaptée.

L'appréciation de la Dresse B_____ devra être écartée, car elle n'apporte aucun élément permettant de remettre en cause l'expertise, et a en outre moindre valeur probante s'agissant d'avis du médecin traitant.

11. Le recourant se plaint que ses affections au coude droit et au genou droit n'ont pas été prises en considération lors de l'expertise, et que par conséquent, elle doit être écartée. Il ressort cependant du rapport d'expertise que les experts avaient constaté ces douleurs et qu'elles ont donc été prises en compte (cf. p.5 de l'expertise).

    Dès lors, l'expertise ayant pleine valeur probante, le Tribunal ne s'écartera pas des conclusions des experts. Par ailleurs, le Dr F_____, médecin du SMR, a confirmé que le recourant ne pouvait plus travailler en qualité d'employé agricole, et qu'il avait une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée. Le recourant allègue que ce taux de capacité résiduelle est théorique et non motivé. Cet argument doit être écarté. En effet, les experts ont motivé leur appréciation, en expliquant qu'en tenant compte des plaintes du recourant, de l'examen clinique et des examens radiologiques, le recourant ne pouvait plus effectuer d'activité physique lourde. De même, il ne pouvait plus exercer son activité d'employé agricole, car il sollicitait fortement le rachis, ainsi que l'épaule droite. En revanche, les experts ont constaté qu'il n'y avait pas de limitation dans une activité légère ne nécessitant pas le port de charges supérieures à 15kg, plusieurs fois par jour ou de travailler avec le bras droit au-dessus du plan de l'épaule. Par conséquent, dans une activité légère, ils ont conclu que l'incapacité de travail ne dépassait pas 20%, du point de vue rhumatologique.

    Le Tribunal constate donc que l'on peut exiger du recourant qu'il exerce une activité sans port de charges lourdes de plus de 15 kg, de préférence sans des mouvements de l'épaule droite au-dessus du plan de l'épaule. Les exemples cités par les experts conviennent tout à fait au recourant. En effet, une activité dans l'horlogerie, la petite mécanique, le nettoyage léger, ou dans la conciergerie répond à ses limitations fonctionnelles.

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

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 28 al. 2 LAI).

Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Cette comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 343 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 135 consid. 2a et 2b). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 consid. 4.1, 128 V 174).

En ce qui concerne le revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base, notamment, des données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 75 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. Par exemple, il faut tenir compte du fait que les étrangers peuvent gagner moins que la moyenne de tous les travailleurs (VSI 2/2000 p. 82). Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative. L'administration doit motiver brièvement la déduction opérée. Quant au juge, il ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration (cf. ATF 126 V 78 consid. 5; VSI 2002 p. 70).

Dans un arrêt du 16 août 2006 (ATFA non publié, I 357/05, consid. 4.4), le Tribunal fédéral des assurances (ci-après TFA) a déclaré qu'un abattement de 15%, fixé par l'OCAI, était justifié pour une personne née en 1957, manœuvre sur chantier et ayant comme handicap une lésion à la main gauche. De même, dans un arrêt du 6 juillet 2005 (ATFA non publié, I 149/2005, consid. 6.2), le TFA a admis une réduction de 15% pour une personne née en 1977 présentant des limitations fonctionnelles sur le plan physique et étant dépourvue de toute formation. Par

ailleurs, dans un arrêt du 29 août 2005 (ATFA non publié, I 422/04, consid. 5), le TFA a déclaré qu'un abattement de 20%, fixé par l'instance cantonale, était conforme à la jurisprudence pour une personne née en 1944, manœuvre en bâtiment et atteinte de divers problèmes physiques la limitant dans ses mouvements. En outre, le TFA a confirmé, dans un arrêt (ATFA non publié du 2 juin 2003, I 224/2002, consid. 4. 2. 3), la réduction de 20% octroyée par l'OCAI pour une personne née en 1952, au bénéfice d'un permis C, et ayant une expérience professionnelle acquise en Suisse depuis 1977, en raison des divers problèmes de santé dont elle était atteinte et qui la limitaient dans ses mouvements.

13. En l'espèce, pour le salaire d'invalide, l'OCAI s'est référé à l'Enquête Suisse sur la Structure des salaires 2004, en se basant sur une activité simple de niveau 4, tous secteurs confondus, ajusté à un horaire de 41,6 heures de travail hebdomadaires, à un taux d'occupation de 80%. Le revenu annuel obtenu est de 45'807 fr. L'OCAI a ensuite appliqué une déduction de 10%, afin de tenir compte de son âge, des années de service dans la dernière activité, le fait que le recourant ne puisse plus exercer d'activité lourde, et le fait que sa capacité de travail ne soit pas entière. L'intimé compare le revenu exigible ainsi obtenu de 41'226 fr. au revenu de 50'068 fr. que le recourant aurait reçu sans invalidité, selon l'attestation de son employeur, en 2004. Le calcul est le suivant:

$$\frac{(50'068 - 41'226) * 100}{50'068} = 17,66\%.$$

Le taux d'invalidité est de 18%, soit bien inférieur au 40% exigé pour avoir droit à une rente d'invalidité.

Cependant, la déduction faite par l'intimé est clairement insuffisante. En effet, l'intimé ne retient que 10% alors qu'il a déclaré tenir compte de son âge, des années de service dans la dernière activité, le fait que le recourant ne puisse plus exercer d'activité lourde, et le fait que sa capacité de travail ne soit pas entière. Toutes ces limitations ne justifient pas une déduction de 10% qui est un minimum. Au contraire, le Tribunal considère que, en plus des limitations retenues par l'intimé, il faut également tenir compte de la nationalité étrangère du recourant. Par conséquent, selon la jurisprudence susmentionnée, il paraît plus adéquat de procéder à une déduction de 20%. Le taux d'invalidité est donc de 27%, selon le calcul suivant:

$$\frac{(50'068 - 36'646) * 100}{50'068} = 26,81\%.$$

Ce taux n'ouvre toujours pas le droit à une rente. Même en procédant à une déduction de 25%, qui serait excessive dans le cas d'espèce, cela ne modifierait pas

son droit à une rente d'invalidité. Le taux d'invalidité serait toujours en dessous du seuil minimum, selon le calcul suivant:

$$\frac{(50'068 - 34'355) * 100}{50'068} = 31, 38\%.$$

Par conséquent, l'OCAI a, à juste titre, refusé au recourant sa demande de rente d'invalidité.

14. Par ailleurs, avec un taux d'invalidité de 27%, le recourant pourrait éventuellement bénéficier des mesures d'ordre professionnel. Le Tribunal n'examinera pas ce point car les mesures professionnelles ne sont en l'occurrence pas demandée. A noter qu'en vertu de l'art. 18 LAI, une aide au placement peut toutefois être accordée au recourant, s'il en fait la demande.

15. Au vu de ce qui précède, il en résulte que la décision du 31 octobre 2006 est fondée. Par conséquent, le recours, mal fondé, doit être rejeté.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

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

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.

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

4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification 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

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